

Helsearbeideres holdninger til pasienter med rusmiddelproblemer

En kartleggingsstudie foretatt ved en rehabiliteringsavdeling.

Waleesamarn Chorkrathin



Masteroppgave ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

UNIVERSITETET I OSLO

Juni 2008



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Waleesamarn Chorkrathin	Dato: 15.juli 2008
<p>Tittel og undertittel: Helsearbeideres holdninger til pasienter med rusmiddelproblemer. En kartleggingsstudie foretatt ved en rehabiliteringsavdeling.</p>	
<p>Sammendrag: <i>Formål:</i> Kartlegge helsearbeideres holdninger til pasienter med rusmiddelproblemer og undersøke om faktorer som yrke, utdanning og erfaring kan ha betydning for holdning. <i>Design:</i> Tverrsnittsstudie. <i>Bakgrunn:</i> Litteratur innenfor fagområdet, indikerer at helsearbeidere ofte har en negativ holdning til pasienter med rusmiddelproblemer. Negativ holdning ser også ut til å virke negativt på helsehjelpen. <i>Utvalg:</i> 125 helsearbeidere ved avdeling for Ryggmargsskade og Multitrauma avdeling (RMM) på Sunnaas Sykehus HF (SunHF). <i>Metode og materiale:</i> Strukturert spørreskjema (se vedlegg) med 43 holdningspåstander oversatt fra instrumentet SAAS (Substance Abuse Attitude Survey). Påstandene kartlegger fem holdningsdimensjoner; <i>Toleranse, Intervensjonsvilje, Ikke stereotypi, Behandlingsoptimisme og Ikke moralisme.</i> <i>Resultater:</i> 88 personer (71,4 %) besvarte spørreskjemaet. Alle fem holdningsdimensjoner hadde gjennomsnittsskår lavere enn referansverdien på 50. Resultatene viste signifikant forskjell (enveis ANOVA) mellom ulike <i>yrkeskategorier</i> med hensyn på <i>Intervensjonsvilje</i> og <i>Behandlingsoptimisme</i>. Post-hoc analyse viste at sykepleiepersonalet skåret signifikant høyere enn fysio- og ergoterapeut, med hensyn på <i>Intervensjonsvilje</i> og <i>Behandlingsoptimisme</i>. På en annen side skåret sykepleiepersonalet lavere enn andre faggrupper på <i>Ikke- stereotypi</i> og <i>Ikke- moralisme</i>, men disse sammenhengene var ikke signifikante. Videre viste resultatene signifikant forskjell (enveis-ANOVA) mellom ulike <i>utdanningsnivå</i> med hensyn på <i>Intervensjonsvilje</i> og <i>Ikke- stereotypi</i>. Post-hoc analyse viste at faglærte i gjennomsnitt skåret signifikant høyere enn andre grupper, med hensyn på <i>Intervensjonsvilje</i>, men derimot signifikant lavere enn andre grupper med hensyn på <i>Ikke- stereotypi</i>. <i>Ansiennitet fra SunHF</i> hadde positiv signifikant effekt på <i>Behandlingsoptimisme</i>. <i>Erfaring med denne pasientgruppen i arbeidet ved SunHF</i> hadde positiv signifikant sammenheng med <i>Ikke- stereotypi</i> og <i>Ikke- moralisme</i>. I tillegg skåret helsearbeidere med slik erfaring i gjennomsnitt høyere på alle andre holdningsdimensjoner enn de uten denne erfaringen. Helsearbeidere som hadde <i>ruskurs</i> hadde signifikant høyere gjennomsnittsskår med hensyn på <i>Behandlingsoptimisme</i> enn de uten ruskurs. Men de med ruskurs skåret derimot lavere på <i>Toleranse, Ikke- stereotypi</i> og <i>Ikke- moralisme</i> enn de uten ruskurs. <i>Konklusjon:</i> Resultatene viser at det er forhold blant bakgrunnsvariablene som er viktige for å kunne forutsi holdninger, samt at disse forholdene har ulik betydning på de fem holdningsdimensjonene som beskriver holdninger til pasienter med rusmiddelproblemer. Lenger ansiennitet ved SunHF, deltakelse på ruskurs og erfaring med denne pasientgruppen på SunHF bidrar til mer positive holdninger.</p>	
Nøkkelord: Holdninger, rusmiddelproblemer, helsearbeidere.	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Waleesamarn Chorkrathin	Date: 15.juli 2008
Title and subtitle: The attitudes of health professionals towards patients with substance abuse problems. A survey study performed at a rehabilitation unit.	
<p>Abstract: <i>Objective:</i> (1) To explore the attitudes of health professionals towards patients with substance abuse problems, and (2) to investigate associations between attitudes and demographic factors, such as professional status, education level and experience.</p> <p>Design: Anonymous mail survey.</p> <p>Setting: Spinal cord lesions and multitrauma inpatient rehabilitation unit at Sunnaas Hospital HF</p> <p>Background: Health professionals have been shown to often have negative attitudes towards patients with substance abuse problems. There is a growing body of literature which supports that attitudes are an important factor in healthcare settings and may affect patient care.</p> <p>Participants: 125 active health professionals of an inpatient rehabilitation unit.</p> <p>Method: A questionnaire was developed. 43 beliefs were translated from The Substance Abuse Attitude Survey (SAAS) to measure five dimensions towards patients with substance abuse problems; <i>Permissiveness, Treatment intervention, Non-stereotyping, Treatment optimism and Non-moralism.</i></p> <p>Results: Eighty-eight (71,4 %) of the 125 sampled health professionals returned usable questionnaires. The survey results show that all five dimensions had lower mean scores than a referential score of 50. There were significant differences (the one-way ANOVA) between professional groups in <i>Treatment intervention</i> and <i>Treatment optimism</i> dimensions. Post-hoc analysis showed the attitudes of nursing professionals had significantly higher scores than those of physiotherapists and ergotherapists in the <i>Treatment intervention</i> and <i>Treatment optimism</i> dimensions. On the other hand, nursing professionals were more <i>stereotypical</i> and <i>moralistic</i>, although these differences were not statistically significant. There were also significant differences (the one-way ANOVA) between educational levels in <i>Treatment intervention</i> and <i>Non-stereotype</i> dimensions. Post-hoc analysis showed the attitudes of participants with trade school educations had significantly higher scores than those of other groups in <i>Treatment intervention</i>. However, the scores were significantly lower than those of other groups in the <i>Non-stereotype</i> dimension. Trade school professionals showed greater <i>Treatment intervention</i> and <i>Treatmentoptimism</i>, while participants with university degrees were less <i>stereotypical</i> and less <i>moralistic</i> in their approach. Length of service at Sunnaas Hospital HF (SunHF) had a positive effect on participants' <i>Treatment optimism</i>. This relation was statistically significant. Experience with the substance abuse patient group at SunHF correlated positively with <i>Non stereotyping</i> and <i>Non moralism</i>. In addition, participants with such patient group experience also scored positively on other dimensions than those without, however these differences were not statistically significant. Those who had taken a substance abuse course showed significantly higher levels of <i>Treatment optimism</i>. On the other hand, the course didn't seem to have a positive effect either on the <i>Permissiveness, Non stereotype</i> or <i>Non moralism</i> dimensions.</p> <p>Conclusion: The results suggest that there are elements of demographic factors that play roles in predicting attitudes and contribute differently to these five attitude dimensions when working with patients with substance abuse problems. Lengths of service, taking a substance abuse course, and experience with this patient group, were factors which had a positive impact on attitudes.</p> <p>Key words: attitudes, substance abuse, health professionals.</p>	

FORORD

Denne oppgaven er skrevet som del av min masterutdanning i Helsefag ved Medisinsk Fakultet, UIO. I den forbindelse ble det derfor gjennomført en kartleggingsundersøkelse blant helsearbeidere som arbeider med ryggmargsskadde og/eller multitraumatiserte pasienter ved SunHF. Hovedhensikten med studien er å sette fokus på den utfordringen det er å møte pasienter med rusmiddelproblemer. Målet har videre vært å *bevisstgjøre* og å skape et *engasjement* om dette temaet i det helsefaglige miljøet.

Flere årsaker gjør at denne masteroppgaven er blitt ”forsinket”. I løpet av den ”lange” tiden fra undersøkelsen begynte til denne ferdigstilte ”rapporten” har det skjedd mye med tanke på et tilsynelatende bedre fokus på utfordringer knyttet til helsearbeideres holdninger til pasienter med rusmiddelproblemer. Den gjennomførte forskningsprosessen har for meg vært tidkrevende og utfordrende. I løpet av denne prosessen har jeg lært mye, fra det å kunne lite om forskning til det å få fullført denne masteroppgaven. Dette ville jeg ikke ha klart alene uten hjelp, støtte og bidrag.

Jeg vil takke alle som har bidratt til at studien kunne gjennomføres. Jeg vil først og fremst takke alle kollegaer ved Avdeling for ryggmargsskader og multitraumaer på SunHF som var villige til å fylle ut spørreskjemaene. Dette gav meg mye ny kunnskap og innsikt i forhold til studiens tema. Jeg vil videre takke min arbeidsgiver ved SunHF og alle ledere; avdelingssjef, teamledere og avdelingens sykepleiekonsulenter for at de la forholdene til rette slik at jeg kunne utføre studien. En stor takk til min veileder Ingeborg Lidal for all faglig veiledning og oppmuntrende støtte igjennom studieprosessens ”bølger”. Jeg vil også takke fagsjef i sykepleie, Grace Romsland ved SunHF som alltid har vært positiv til min studie. Jeg vil takke Nong for lånet av din mann, Geir Harald Strand som har hjulpet meg mye med statistikken og selve skriveprosessen. Tusen takk, også Fattern for dine språklige ferdigheter som forfatter og Fia for korrekturlesning. Sist, men ikke minst, ønsker jeg å takke min familie for all praktiske hjelp og forståelse.

Nesodden,
Waleesamarn Chorkrathin

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for studien	1
1.2	Tidligere forskning	3
1.3	Problemstilling og formål	7
1.4	Sentrale begreper	8
1.5	Oppgavens oppbygning	9
2.0	OVERSIKT OVER SENTRALE TEORIER OG SENTRAL LITTERATUR	10
2.1	Hva er rusmiddelproblemer?	10
2.1.1	Ulike forståelsesperspektiver	11
2.1.2	Rusmiddelproblemer sett fra et politisk og juridisk perspektiv	13
2.1.3	Rusmidler	14
2.1.4	Skader som følge av destruktivt rusmiddelbruk	15
2.1.5	Språkbruk i rusmiddelfeltet gjenspeiler holdning?	16
2.2	Hva er holdning?	17
2.2.1	Holdningsobjekt?	19
2.2.2	Komponenter og dimensjoner i holdningsbegrepet	20
2.2.3	Betydningen av holdning på ulike nivåer	21
2.2.4	Holdning og atferd	21
2.2.5	Holdningsdannelse og holdningsendring	22
2.3	Fem holdningsdimensjoner i SAAS	25
2.3.1	Toleranse	26
2.3.2	Intervensjonsvilje	26
2.3.3	Ikke stereotypi	27
2.3.4	Behandlingsoptimisme	27
2.3.5	Ikke moralisme	27
2.4	Oppsummering	28
3.0	METODE	29
3.1	Kvantitativ metode	29
3.2	Utvalg	30
3.3	Beskrivelse av spørreskjema	31
3.3.1	Demografiske data	31
3.3.2	Holdningspåstander basert på SAAS	32
3.4	Praktisk gjennomføring	34
3.4.1	Datainnsamling	34
3.4.2	Databehandling	34
3.5	Dataanalyse	35
3.5.1	Analysemodell	37
3.6	Verifisering	37
3.7	Personvern og konsesjoner	39
3.8	Oppsummering	39
4.0	RESULTATER	40
4.1	Beskrivelse av utvalget	40
4.1.1	Kjønns- og aldersfordeling	40
4.1.2	Utdanning, spesialistkompetanse og tillegg ruskurs	40
4.1.3	Yrke og stillingsprosent	41

4.1.4	Yrkesansiennitet og ansiennitet opparbeidet på SunHF	41
4.1.5	Jobberfaring før SunHF og nåværende erfaring fra SunHF.....	42
4.1.6	Uavhengige variabler.....	42
4.1.7	Korrelasjoner mellom ulike bakgrunnsvariabler	43
4.2	Beskrivelse av helsearbeideres holdning.....	44
4.2.1	Toleranse (H1).....	45
4.2.2	Intervensjonsvilje (H2)	46
4.2.3	Ikke stereotypi (H3).....	47
4.2.4	Behandlingsoptimisme (H4)	47
4.2.5	Ikke moralisme (H5).....	48
4.2.6	Indre konsistens.....	49
4.2.7	Sammenligning av resultatene med den forventede verdi	49
4.3	Betydning av bakgrunnsvariabler for holdning	50
4.3.1	Yrke og holdning.....	51
4.3.2	Utdanning og holdning	51
4.3.3	Ansiennitet fra SunHF og holdning.....	53
4.3.4	Nåværende erfaring (erfaring) og holdning	53
4.3.5	Ruskurs og holdning	54
4.3.6	Bivariat og multippel regresjonsanalyse.....	55
4.4	Oppsummering	56
5.0	DISKUSJON.....	57
5.1	Hvilke holdninger har helsearbeidere?	57
5.1.1	Toleranse (H1).....	59
5.1.2	Intervensjonsvilje (H2)	61
5.1.3	Ikke stereotypi (H3).....	63
5.1.4	Behandlingsoptimisme (H4)	65
5.1.5	Ikke moralisme (H5).....	66
5.2	Kan yrke, utdanning og erfaring ha betydning for helsearbeideres holdninger? ..	67
5.2.1	Yrke	68
5.2.2	Utdanning.....	70
5.2.3	Ansiennitet fra SunHF	72
5.2.4	Erfaring med den pasientgruppen i arbeidet ved SunHF(nåværende erfaring).....	73
5.2.5	Ruskurs	74
5.3	Diskusjon av metode	74
5.4	Oppsummering	77
6.0	KONKLUSJON	78
6.1	Forslag til videre arbeid	79
	LITTERATURLISTE	80

OVERSIKT OVER TABELLER, FIGURER OG VEDLEGG

Liste over tabeller

Tabell 3.1	Oversikt over manglende data på holdningspåstandene i del C.
Tabell 4.1	Aldersfordeling for utvalget (n=88), vist i antall og %.
Tabell 4.2	Utvalgets fordeling i utdanning, spesialistkompetanse og tillegg ruskurs, vist i antall og %, (n=88).
Tabell 4.3	Utvalgets fordeling i yrke og stillingsprosent, vist i antall og % (n=88).
Tabell 4.4	Utvalgets fordeling i jobberfaring før SunHF og nåværende på SunHF, vist i antall og % (n=88).
Tabell 4.5	Dummy koding av uavhengige variabler brukt i regresjonsanalyse, vist i antall og % (n=88).
Tabell 4.6	Korrelasjon mellom grupperte variabler (yrke 1, utdann 1, ruskurs og nåværende erfaring), vist som χ^2 -kvadrat, phi og p-verdi (n=88).
Tabell 4.7	"Toleranse"; grad av enighet, vist i antall og (%) for hver påstand, (n=88).
Tabell 4.8	"Intervensjonstilstand"; grad av enighet, vist i antall og (%) for hver påstand, (n=88).
Tabell 4.9	"Ikke- stereotyp"; grad av enighet, vist i antall og (%) for hver påstand, (n=88).
Tabell 4.10	"Behandlingsoptimisme"; grad av enighet, vist i antall og (%) for hver påstand, (n=88).
Tabell 4.11	"Ikke- moralisme"; grad av enighet, vist i antall og (%) for hver påstand, (n=87).
Tabell 4.12	Cronbach's alfa for de fem holdningsdimensjonene.
Tabell 4.13	Totalt sumskår for hver av de fem holdningsdimensjonene, vist som gjennomsnittsverdi (M), minimum - maksimum verdi (range), SD, og SE.
Tabell 4.14	Holdningsdimensjoner sett i forhold til yrke (enveis ANOVA), vist som gjennomsnitt, SD, F-verdi, p-verdi og eta kvadrert.

- Tabell 4.15 Holdningsdimensjoner sett i forhold til utdanning (enveis ANOVA), vist som gjennomsnitt, SD, F-verdi, p-verdi og eta kvadrert.
- Tabell 4.16 Holdningsdimensjoner sett i forhold til ansiennitet fra SunHF (bivariat regresjonsanalyse), vist som R^2 , Beta, F-verdi og p-verdi, (n=87).
- Tabell 4.17 Holdningsdimensjoner sett i forhold til nåværende erfaring på SunHF (uavhengig t-test), vist som gjennomsnitt, SD, SE, t-verdi, frihetsgrad (df) og p-verdi.
- Tabell 4.18 Holdningsdimensjoner sett i forhold til ruskurs (uavhengig t-test), vist som gjennomsnitt, SD, SE, t-verdi, frihetsgrad (df) og p-verdi.
- Tabell 4.19 Bivariat og multippel regresjon med regresjonskoeffisiens (95 % KI), p-verdi og R^2 for uavhengige bakgrunnsvariabler i forhold til SAASs holdningsdimensjoner for utvalget; helsearbeidere.

Liste over figurer

- Figur 3.1 Analysemodell
- Figur 4.1 Yrkesansiennitet (år) for helsearbeidere, vist normalkurve, gjennomsnitt og SD, (n=87).
- Figur 4.2 Ansiennitet på SunHF (år) for helsearbeidere, vist normalkurve, gjennomsnitt og SD, (n=87).
- Figur 4.3 En utvidet analysemodell.

Liste over vedlegg

- Vedlegg 1 Brev fra Regional komité medisinsk forskningsetikk, REK
- Vedlegg 2 Bekreftelse via e-post fra kompetansesenter for personvern ved Ullevål Universitetssykehus HF
- Vedlegg 3 Godkjenning fra avdelingssjef for Ryggmargsskade og Multitrauma avdeling (RMM) på Sunnaas Sykehus (SunHF)
- Vedlegg 4 Informasjonsbrev til helsearbeidere
- Vedlegg 5 Spørreskjemaet
- Vedlegg 6 Omregningstabell

FORKORTELSER

AA	Alcoholics Anonymous
DSM-IV	The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders
EONN	Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk
ICD-10	The Internasjonal Classification of Diseases, tenth edition
KI	Konfidensintervall
LMS	Landsforbundet Mot Stoffmisbruk
LSD	Least significant difference
RMM	Ryggmargsskade og Multitrauma avdeling
SAAS	Substance Abuse Attitudes Survey
SD	Standardavvik (Standard deviation)
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SunHF	Sunnaas Sykehus Helseforetak
WHO	Verdens helseorganisasjon

1.0 INNLEDNING

Det er få studier som har fokusert på holdninger til pasienter med rusmiddelproblemer blant helsearbeidere ved en somatisk sengepost i Norge. Denne spørreskjemaundersøkelsen er begrenset til helsearbeidere ansatt ved Ryggmargsskade og Multitrauma (RMM) på SunHF. Målgruppe ved RMM avdeling er personer som har pådratt seg en ryggmargsskade eller et multitrauma ved ulykke/uhell eller som følge av sykdom (atraumatisk). Rehabilitering og behandling av personer som i tillegg har et rusmiddelproblem, er en del av hverdagen i klinikken. Formelt ansvarlig for undersøkelsen er stipendiat og lege Ingeborg Lidal ved Forskningsavdelingen, SunHF.

1.1 *Bakgrunn for studien*

Litteratur har avdekket at de fleste pasienter med rusmiddelproblemer har dårlig helse (Kurtze og Eide 2003), og at de ikke får nødvendig og optimal helsehjelp (Ruud og Reas 2003, Den norske legeforening 2006). I Norge ser det foreløpig ut til at rusrelaterte innleggelser ved kirurgiske og medisinske sykehus har vært underrapportert. Pasienter med rusmiddelproblemer som innlegges i somatiske sykehus, enten for avrusning eller på grunn av rusmiddelrelaterte sykdommer og skader, kan anslagsvis utgjøre opptil 1/3 av alle innlagte pasienter (Helse- Sør 2004: 31). Det er dermed sannsynlig at helsearbeidere på somatiske sykehus vil møte disse pasientene (Happell og Taylor 1999: 21).

Internasjonale studier av personer med traumatiske skader som var ruspåvirket i skadeøyeblikket, viser at det hos disse kunne dreie seg om et stort omfang av rusmiddelproblemer (McKinley *et al.* 1999: 306, Basford *et al.* 2002: 517, Basford *et al.* 2003: 1301, Cherpitel *et al.* 2006: 42). I tillegg er det blant annet kjent at det etter skaden, eksempelvis multitrauma (Halcomb *et al.* 2005: 21) og ryggmargsskade (Kusec Fredriksson 2005: 6), er økt risiko for å utvikle rusmiddelproblemer. Valtonen (2006) viser at 18 av 128 personer med ryggmargsskade som bodde i Västra Göteland i Sverige hadde rusmiddelproblemer. Heinemann (1991), referert i Galvin og Godfrey (2001: 615), viser at personer med ryggmargsskade hadde dobbelt så høy forekomst av rusmiddelproblemer som personer

uten ryggmargsskade (25 %). I stor grad hadde de dette problemet før skaden (ibid.). Personer som både har en fysisk skade, som eksempelvis en ryggmargsskade, og et rusmiddelproblem, har betydelig dårligere prognose enn pasienter uten rusmiddelproblematikk, og det er vist at disse pasientene har en overhyppighet av ulike komplikasjoner og de er mindre tilfreds med livet sammenlignet med pasienter som ikke har rus som tilleggsproblematikk (Bombardier *et al.* 2004, Tate *et al.* 2004).

En kombinasjon av rusmiddelproblemer og psykiatrisk lidelse, defineres som ”dobbeltdiagnose”. Helsearbeidere møter i blant pasienter, som i tillegg til sin fysiske skade, også har en kjent ”dobbeltdiagnose”. For å betegne en slik kompleksitet med kombinasjon av rusrelatert, psykisk og somatisk diagnose, har overlege Arild Schillinger introdusert begrepet ”trippel diagnose” på en forelesning ved SunHF 2005.

Føringer fra sentrale myndigheter legger i dag opp til ideologisk tenkning om å sikre at pasienter med rusmiddelproblemer får innfridd retten til optimal og helhetlig helsehjelp på lik linje med alle andre samfunnsborgere. Denne intensjonen gjenspeiles blant annet i rusreformen.¹ Selv om rusreformen har gitt disse pasientene bedre rettigheter, er det fortsatt en utbredt holdning at helsetilstand hos personer med rusmiddelproblemer, er ”selvforskyldt” (Den norske legeforening 2006: 1). En holdning om at det er pasientens egen ”feil”, kan være en medvirkende årsak til at denne pasientgruppen *systematisk* havner bakerst i helsekøen, og at mange ikke får optimal og nødvendig helsehjelp (Høie 2006: 126).

I praksis synes helsehjelp til disse pasientene å være preget av uforenlige ideologier og ulike holdninger blant helsearbeidere. Helsearbeideres holdninger kan være en av mange påvirkningsfaktorer når det gjelder kvaliteten og utfallet av helsehjelp som gis til pasientene (Chappel *et al.* 1985, Asheim 1997). På den annen side hevder forfatterne av rapporten ”Makt og medisin” at *”helsetjenesten skal være det fristed hvor alle mennesker kan komme og bli møtt med aksept og respekt, få trøst og hjelp, uavhengig av den fordeling av skyld og skam som skjer ellers i samfunnet”* (Fugelli, Stang og Wilmar 2003: 11).

¹ Med ”rusreformen” menes begge rusreformene; I og II som ble vedtatt i Stortinget; Ot.prp.nr.3 (2002-2003) og Ot.prp.nr.54 (2003-2004), jf. Innst.O. nr. 51 (2002-2003) og Innst. O. nr. 4 (2003-2004)

I 2002, dvs. før rusreformen var vedtatt, ga daværende Fylkeslege i Oslo, Anne Berit Gunbjørud (2002: 122), uttrykk for sin bekymring om at pasienter med rusmiddelproblem ikke var enkle å integrere innenfor rammene som somatiske sykehus hadde til rådighet. Blant mulige årsaker til at somatiske sykehus ofte avviste denne pasientgruppen, nevnte Gunbjørud (ibid.) spesielt *holdninger* i tillegg til rammevilkår og faglige forutsetninger.

Solomon Asch (1952, referert i Prislín & Wood 2005: 671) fastslår at "*studier av holdninger fører oss til kjernen av et menneskes sosialrelasjoner og til selve kjernen av dynamikken i gruppeprosesser*". På sin side hevder Asheim (1997: 37) at holdninger har å gjøre med hvordan mennesket fungerer sosialt og "*forholder seg til sine arbeidsoppgaver, sine kollegaer og medarbeidere, sine klienter og pasienter, sine elever, sine naboer - kort og godt til hele det menneskelige fellesskap*". Hvordan helsearbeidere *forholder seg* til sine arbeidsoppgaver og til pasienter med rusmiddelproblemer, kan trolig være én av de avgjørende faktorene for om myndighetenes intensjon kan lykkes.

1.2 Tidligere forskning

Helsearbeideres holdning til pasienter med rusmiddelproblemer har vært et tema i en rekke internasjonale studier.

Chappel, Veach og Krug (1985) utviklet instrumentet SAAS (Substance Abuse Attitude Survey) i 1980- tallet, basert på en teoretisk antagelse om relasjon mellom holdning og atferd. Ett av de opprinnelige formålene var å tilpasse et undervisningsopplegg for medisinstudenter og leger. Siden har SAAS blitt brukt for å kartlegge helsearbeideres holdninger til pasienter med rusmiddelproblemer også ved andre helsefaglige arenaer, og i en rekke internasjonale studier. Chappel og Veach (1987) studerte holdningsendring blant medisinstudenter før og etter at de hadde deltatt på et tilpasset rusmiddelrelatert kurs. Resultatet viste at medisinstudenter utviklet positive holdninger etter at de hadde gjennomgått slike kurs i studiet, men at sammenheng mellom holdninger og god klinisk praksis da ikke var vist. Ross og Drake (1992) utviklet instrumentet AIDUS (Attitudes toward Injecting Drug Users Scale) for å måle helsearbeideres holdninger til rusmiddelbrukere som benyttet injiserende metoder. De mente at *holdninger* målt ved hjelp av AIDUS, gjorde det mulig å forutsi behandlingsresultater ut fra helsearbeideres bidrag, samt å kunne evaluere tiltak som iverksettes for å redusere negative holdninger (ibid.: 74).

Roslind og Sell (2005) gjorde en litteraturstudie om sykepleieres holdning til pasienter med rusmiddelproblemer, og inkluderte 11 studier. I sin gjennomgang fant de følgende hovedpunkter:

- *En generell negativ holdning blant sykepleiere.*
- *Demografiske data som yrke, utdanning og erfaring påvirket holdninger.*

En internasjonal litteraturstudie (1996 – 2006) om helsearbeideres holdninger til pasienter med ”dobbeltdiagnose”, utført av Adams (2008), fant ut at helsearbeidere hadde ulike holdninger som ikke nødvendigvis var negative, og at holdninger i tillegg var avhengig av den konteksten helsearbeidere var i, samt deres bakgrunnsvariabler (ibid.: 107). At pasienter med ”dobbeltdiagnose” ofte ikke får helhetlig hjelp, kan også være en konsekvens av de gjeldende holdninger ved de ulike behandlingssteder (Todd *et al.* 2002).

Negative holdninger blir stadig omtalt som en ”hindring for god praksis” (Chappel og Veach 1987, McLaughlin og Long 1996, Todd *et al.* 2002, Ding *et al.* 2005). Bullock (2002) skrev i sin doktoravhandling at personer med rusmiddelproblemer måtte forholde seg til en del negative ”merkelapper” som var basert på diskriminering, fordommer og stigma. Helsearbeideres holdninger til disse pasientene ser også ut til å preges av at helsearbeidere forventer ”særtrekk” knyttet til deres atferd; *truende atferd, stort krav om rusmidler, umulig å overholde avtaler, manipulerende, ol.* (Carroll 1995, McKeown *et al.* 2003, Lindberg *et al.* 2006). Tidligere studier har i tillegg identifisert vanskeligheter og utfordringer som helsearbeidere har erfart i sitt arbeid med pasienter med rusmiddelproblemer (Pinikahana *et al.* 2002: 57-62). Pinikahana *et al.* (2002: 58) skrev at vanskelighetene, særlig blant sykepleiere uten erfaring fra rusmiddelfeltet, som regel ble knyttet til negative holdninger på grunn av mangelfull kunnskap.

Selleck og Redding (1998: 74) fant ut at sykepleiere som jobbet med gravide kvinner med rusmiddelproblemer, manglet kunnskap om de gravidens bruk av rusmidler og konsekvensen av rusmidler for disse kvinnene. Disse sykepleierne hadde negativ og straffende holdning og var lite støttende ovenfor disse kvinnene (ibid.). Gerace *et al.* (1995) fant ut at sykepleiere, uavhengig av deres kunnskapsnivå, ofte hadde en enkel, stereotyp og svartsynt moraloppfatning, til pasienter med rusmiddelproblemer. I en litteraturstudie fant Scheyett *et al.* (u.å.) at mangel på kunnskap og forståelse om rusmidler og rusmiddelproblemer var en av årsakene til negative holdninger blant sosial- og

helsearbeidere som ikke jobbet i rusmiddelfeltet. Howard og Chung (2000c) konkluderte i sin studie med at sykepleiere på legevakt vanligvis syntes at disse pasientene var plagsomme. En slik negativ holdning var forbundet med at sykepleierne ikke likte å yte helsehjelp til disse pasientene og at de forsøkte å unngå disse pasientene (ibid.). En annen studie viste at pasienter med rusmiddelproblemer ofte fikk negativ ”merkelapp” som gjorde at de fikk dårligere hjelp enn andre pasientgrupper (Howard og Chung 2000b). Ravndal (2001) skriver at moralistiske og negative holdninger antakeligvis kan forverre situasjonen for denne allerede utsatte pasientgruppen. Alberney *et al.* 1996 (referert i Richmond og Foster 2003: 400) hevder at det å få til en konstruktiv holdningsendring er viktigere enn fokus på de ferdighetsmessige og kunnskapsmessige aspektene ved et undervisningsprogram.

Å jobbe nært til pasienter med rusmiddelproblemer innebærer en viss risiko for smitte (Carroll 1995), blant annet risiko for smitte med hepatitt A, B, C og HIV (Forrester og Murphy 1992, Welle-Strand 1998: 22-23). Carroll (1993) påpeker at helsearbeideres negative holdninger til HIV-smittede pasienter trolig er forårsaket av angst og redsel.

Har yrke, utdanning og erfaring betydning for helsearbeideres holdninger?

Tidligere studier har vist at leger og sykepleiere med spesialkompetanse innen rusmiddelfeltet, eller de som jobber spesielt med pasienter med rusmiddelproblemer, ofte har en mer positiv holdning enn de uten slik kompetanse (Carroll 1993, May *et al.* 2002, Pinikahana *et al.* 2002). Andre studier konkluderer med at sykepleiere generelt har en mer negativ holdning enn andre sosial- og helsearbeidere (Howard og Chung 2000b, Richmond og Foster 2003). Men, Foster og Onyeukwu (2003) fant også at sykepleiere hadde en mer positiv holdning til pasienter med rusmiddelproblemer enn hjelpepleiere. May *et al.* (2002) studerte anestesilegers holdninger til rusmiddelproblemer og behandling av pasienter med rusmiddelproblemer. De viste at personlig erfaring og utdanningsnivå bidro til en mer positiv holdning til pasienter med rusmiddelproblemer (ibid.). Andre studier bekrefter også dette (Selleck og Redding 1998, Richmond og Foster 2003). May *et al.* (2002) sammenlignet anestesilegers og allmennlegers holdninger, der de brukte SAAS. Resultatene tydet på at anestesileger hadde mindre positive holdninger enn allmennleger (ibid.). Dette kan, ifølge May *et al.* (2002), skyldes at allmennleger oftere behandler pasienter med rusmiddelproblemer. En studie utført av Miller *et al.* (2001), påpekte at

mangler på positive holdninger og gode rollemodeller er blant de viktigste årsakene til at leger ikke er forberedt på å behandle disse pasientene.

Tidligere studier har avdekket helsearbeideres behov for kurs, veiledning og støtte for å kunne møte rusmiddelrelaterte utfordringer på en konstruktiv måte (Hapell *et al.* 2002, Lock *et al.* 2002). Tilpasset undervisning i selve utdanningen ser ut til å gi en positiv holdningsendring og kan bidra til en tilfredsstillende behandling (Chappel *et al.* 1985, Selleck og Redding 1997, Matthews *et al.* 2002, Lindberg *et al.* 2006).

En studie utført av Happell *et al.* i 2002, viste generelle positive holdninger og tilfredsstillende kunnskaper om rusmiddelrelaterte tema blant sykepleiere i Australia. Likevel understreket man betydningen av rusmiddelrelaterte kurs og undervisning (ibid.). Gossop og Birkin (1994) viste til at tilstrekkelig ruskurs med praksisøvelse kan bidra til å øke helsearbeideres engasjement i arbeidet med pasienter med alkoholproblemer. Cape *et al.* (2006) gjorde en longitudinell studie i New Zealand, hvor et av målene var å evaluere medisinstudenters holdninger til pasienter med rusmiddelproblemer. Jo lengre tid studentene hadde fulgt medisinstudiet, jo færre var interessert i å arbeide med denne pasientgruppen (ibid.: 845). Få mente også at de kunne gi adekvat behandling til disse pasientene (ibid.: 841). Cape *et al.* (2006) påpekte at rusmiddelrelatert undervisning i selve medisinstudiet trengte et løft, ikke bare i kunnskapsmessig aspekt, men også for økt interesse i rusmiddelfeltet. Betydningen av gode rollemodeller fra engasjerte leger, veiledere og lærere ble her understreket til å være viktig (ibid.). Mathews *et al.* (2002) studerte effekten av såkalt *erfaring fra et kort intensivt opplæringsprogram* vedrørende rusmiddelproblemer blant medisinstudenter. Resultatet var at denne erfaringen både øket studentenes ferdigheter, og påvirket deres holdninger i en positiv retning.

Mens Selleck og Redding (1998: 70) hevder at leger og sykepleiere ikke får tilstrekkelig rusmiddelrelatert opplæring i grunnutdannelsen, påpeker Ross og Chappel (1998: 816) at det ikke er tilstrekkelig med kunnskap og tekniske ferdigheter for diagnostisering og behandlingstiltak, men at man i medisinstudiet også behøver riktige holdninger, inkludert optimisme og aksept til pasienter med rusmiddelproblemer. Richmond og Foster (2003) fant ut at det er elementer av høyere utdanning som bidrar til mindre *moralisme* og mer *behandlingsoptimisme* blant helsearbeidere. Derimot fant Foster og Onyeukwu (2003: 581) ikke noen signifikante sammenhenger mellom utdanningsnivå og holdninger.

Det hevdes at tidlig identifisering og enkel intervensjon overfor pasienter med et risikofylt rusmiddelbruk, kan være et effektivt bidrag til å redusere risikoen knyttet til rusmiddelproblemer (Johansson *et al.* 2002, Vasshus 2003). En av de viktige betingelser kan, ifølge Johannesen (referert i Vasshus 2003), for eksempel være at legen selv har et avklart forhold til rusmidler. May *et al.* (2002: 286) viste at anestesileger som tidligere hadde rusmiddelproblemer og/eller som hadde venner eller familiemedlemmer med rusmiddelproblemer, skåret høyere på instrumentet SAAS enn deres kollegaer. Resultatet fra studien utført av Chappel *et al.* (1985) viste også at leger som vanligvis behandlet pasienter med rusmiddelproblemer, skåret høyere på alle holdningsdimensjoner i SAAS enn andre leger som ikke gjorde det.

1.3 Problemstilling og formål

For å kartlegge helsearbeideres holdninger til pasienter med rusmiddelproblemer, ble det valgt å gjennomføre en tverrsnittstudie.

Følgende problemstillinger har hovedfokus:

- 1) Hvilke holdninger har helsearbeidere til pasienter med rusmiddelproblemer?
- 2) Kan yrke, utdanning og erfaring ha betydning for helsearbeideres holdninger?

Studiens formål er først og fremst:

- å sette fokus på de utfordringer det er å møte pasienter med rusmiddelproblemer for på denne måten å bevisstgjøre og å skape et engasjement i det helsefaglige miljøet.
- å bidra til økt kunnskap om helsearbeideres holdninger til pasienter med rusmiddelproblemer som vil være en nyttig tilbakemelding til helsearbeidere
- å gi et bedre grunnlag for videre forskning og kunnskapsutvikling om dette temaet.

1.4 Sentrale begreper

Pasient blir i Pasientrettighetsloven § 1-3a (1999) definert som *”en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle”*. Å være pasient følges av rettigheter, spesielt rettighet til nødvendig helsehjelp.

Helsearbeidere blir i Helsepersonelloven § 3 (1999) definert som: *”personell med autorisasjon eller lisens, personell i helsetjenesten eller i apotek som yter helsehjelp, samt elever og studenter som yter helsehjelp.”* Med denne loven følger bestemmelse for helsearbeideres forpliktelser. Den mest grunnleggende bestemmelsen i Helsepersonelloven § 4 (1999) er at *”helsearbeiderne skal utføre sitt arbeid i samsvar med kravet om faglig forsvarlighet, og de skal gi omsorgsfull hjelp”*. I denne studien omfatter helsearbeidere profesjoner i et tverrfaglig team; lege, psykolog, fysioterapeut, ergoterapeut, pedagog, sosionom, sykepleier, hjelpepleier og omsorgsarbeider.

Holdning er et komplekst begrep, sammensatt og ulikt forstått. Det engelske begrepet *”attitude”* synes å svare til ordet *”holdning”* på norsk i studien. Operasjonalisering av begrepet holdning til konkrete målbare spørsmål i studien skjer ved hjelp av instrumentet SAAS. Begrepet holdning blir drøftet og belyst i kapittel 2.2.

Rusmidler defineres som (psykoaktive) stoffer som er avhengighetsskapende, fremkaller rus, og kan påvirke individets psykiske og fysiske funksjon. Definisjonen omfatter både lovlige og ulovlige rusmidler. Alkohol, narkotika og noen legemidler kommer inn under definisjon av rusmidler, fordi de påvirker sentralnervesystemet ved inntak.

Rusmiddelproblemer er et vidt begrep. I studien brukes begrepet om et problematisk forhold til rusmidler, hvor forbruk skaper negative konsekvenser av helse- og sosialmessig art, først og fremst for personen som bruker rusmidler, og også problemer for andre og for samfunnet. *Rusmiddelproblemer* er valgt for å oversette det engelske begrepet *substance abuse*. I WHO's definisjon i *WHO's lexicon of alcohol and drug terms*, brukes *substance abuse* som et vanlig begrep i Nord Amerika, og betyr problemer tilknyttet bruk av alle psykoaktive rusmidler. Et mer nyansert bilde av rusmiddelproblem er det således ikke tatt hensyn til i denne studien.

1.5 Oppgavens oppbygning

I kapittel 2 er det fokus på rusmiddelproblemer i lys av helsefaglige, politiske og juridiske perspektiv. Videre omhandler kapitlet teorier vedrørende holdningsbegrepet. Hensikten er å gi leseren en kortfattet bakgrunnsforståelse for studiens forskningstemaet.

I kapittel 3 redegjøres det hvordan undersøkelsen ble gjennomført, det vil si metodologiske framgangsmåter som er anvendt for innsamling av informasjon, analyse og tolkning. Analysemodell presenteres. En kort drøfting av validitet, reliabilitet og generaliserbarhet, samt etiske overveielser blir presentert.

I kapittel 4 presenteres de innsamlede data og de resultatene av de empiriske analysene. Resultatene skal gi grunnlag for besvarelse på forskningsspørsmål.

I kapittel 5 tolkes og drøftes resultatene. Det beskrives hva denne undersøkelsen viser. Her drøftes også metodenes styrke og begrensninger.

I kapittel 6: Konklusjon av oppgave, og til slutt fokuseres det på mulige implikasjoner og momenter som kan være grunnlag for videre forskning.

2.0 OVERSIKT OVER SENTRALE TEORIER OG SENTRAL LITTERATUR

I dette kapittelet presenteres det en oversikt over sentrale teorier og litteratur som belyser temaet ”holding til pasienter med rusmiddelproblemer”. Det vil bli presentert ulike faglige perspektiver på rusmiddelproblemer, samt redegjøres for den teoretiske forståelsesrammen for begrepet ”holdning”. De fem holdningsdimensjoner i SAAS blir også definert.

2.1 *Hva er rusmiddelproblemer?*

Til tross for at rusmidler også har positive egenskaper som kan gi nytelse og velbehag, er det her kun fokusert på de problematiske sidene. I Norges offentlige utredninger, nr 4, om forskning innen rusmiddelfeltet, viser Sosial- og helsedepartementet (2003: 15) til at rusmiddelbrukere kan deles i tre grupper; *måteholdsbrukere, misbrukere og avhengige*. Forskerkommisjonen påpeker at det ikke er klare grenser mellom de tre gruppene, og at en bruker kan bevege seg mellom disse typene (ibid.).

Rusmiddelproblemer representerer et betydelig helseproblem med store somatiske, psykiske og sosiale ringvirkninger. I St.meld nr. 16 (Sosial- og helsedepartementet 1997: 151) blir behandling av personer med rusmiddelproblemer i helse- og omsorgssektoren definert som en prosess som innebærer ”*en lang rekke tiltak som inkluderer identifikasjon, kartlegging, vurdering, rådgivning, behandling, omsorg og oppfølging av individer med rusmiddelproblemer*”. Målsettingen er ”*å kontrollere eller stoppe rusmiddelbruken, samt å forhindre utvikling av medisinske, psykologiske eller sosiale problemer* ” (ibid.).

Bruk av rusmidler kan føre til problemer både på individ- og sosialt nivå. Sett fra medisinsk og helsefaglig ståsted dreier problemene seg først og fremst om rusmidler som påvirker sentralnervesystemet, samt skaper psykiske, fysiologiske og sosiale skader på individnivå. Brukeren synes å bli styrt av rusmiddelvirkningene (Waal 2005: 4-5). Det er omdiskutert om rusmiddelproblemer skyldes arv eller miljø, biologi eller kultur, eller en kombinasjon av disse faktorene. Hvilke kjennetegn som skiller en bruker som har utviklet

et rusmiddelproblem fra en annen som ikke har gjort det, er tema for debatt. I Norges offentlige utredninger, nr 4, om forskning på rusmiddelfelt, viser Sosial- og helsedepartementet (2003: 16) til at rusmiddelbruk fra sosialt og samfunnsperspektiv kan bli sett som *problematiske atferd*. Et grunnleggende spørsmål er her hva samfunnet kan godta av personens rusmiddelbruk. En rekke forhold på samfunnsnivå gjennom historier og ulike forståelser kan påvirke samfunnets syn og reaksjon på rusmiddelproblemer.

2.1.1 Ulike forståelsesperspektiver

Før ble rusmiddelrelaterte problemer sett på som avvik som skyldtes dårlig moral. Personen som var til sjenanse for miljøet, kunne den gang bli dømt etter løsgjengerloven av 31.5.1900 som ble opphevet 1.1.2006, til opphold på anstalt for behandlingsmedisinsk kur eller til tvangsarbeid (Thorsrud 2000, Ravndal 2001, Berg og Miller 2002). Behandlingsfeltet har endret seg gjennom ulike epoker (Furuholmen 1998: 23-25, Rokkan 1999: 28). Nedenfor viser en kort oppsummering av utviklingen på behandlingsfeltet.

- På 60-tallet ble rusmiddelproblemer behandlet som en somatisk sykdom. Pasientene skulle ha ro, hvile og pleie (Furuholmen 1998, Rokkan 1999).
- På 70-tallet ble rusmiddelproblemer oppfattet som et psykiatrisk problem (Furuholmen 1998, Rokkan 1999), og ulike psykiatriske behandlingsmetoder som *psykofarmaka, avsondring og ro, psykoterapi, ergoterapi og gruppeterapi* ble brukt (Furuholmen 1998: 23). Den sosialpsykiatriske og sosiologiske tenkningen, der *økonomi, sosiale relasjoner, samfunnsstruktur og politikk* ble ansett som mulige årsaksforklaringer kom inn mot slutten av 70-tallet (ibid.).
- På 80-tallet var psykologisk tenkning dominerende, og her var psykologi og familietenkning de viktige elementene (Furuholmen 1998, Rokkan 1999).
- I slutten av 90-årene kom sykdomsmodellen tilbake (Furuholmen 1998).

I dag er behandlingsmålet ikke lenger basert på *et rusmiddelfritt perspektiv*, men også på å kunne redusere skadene av et ukontrollert rusmiddelbruk. Synet på behandling i Norge har endret seg fra ikke- medikamentell behandling til en satsing på legemiddelassistert behandling. Subutex- og metadonbehandling og sprøyterom er noen eksempler på dette perspektivet.

Mens noen setter søkelys på forhold ved individet, samfunnet eller uheldig påvirkning mellom individ og samfunn som opphav til rusmiddelproblemer, mener andre at rusmidler

i seg selv er årsak til at personen har rusmiddelproblemer. I hovedtrekk består forskjellen mellom ulike forståelsesmodeller mellom to motsetningspoler, eksempelvis med en sykdomsmodell på den ene siden og en modell for lært atferd på den andre siden (Skjøtskift 1998: 26). I sykdomsmodellen kan personen med rusmiddelproblemer bli betraktet som syk som til dels ikke har kontroll over sin atferd i forhold til rusmiddelproblemer. Og dermed kan personen ikke stilles til ansvar for sine handlinger. I andre forklaringsmodeller som læringsmodellen, der atferd kan læres og avlæres, står søkelyset på personlig ansvar sentralt. Denne motsetningen kan bidra følgelig til ulike holdninger til dette rusmiddelfeltet og til hvilke tiltak som kan være riktige innen behandling og forebygging (Ibid.).

Fra et medisinsk og helsefaglig ståsted er det to internasjonale diagnosesystemer ICD-10 og DSM-IV som brukes i verden. Disse har gjennom tidene blitt utviklet med nye utgaver etter ny kunnskap og erfaringer. Norge følger diagnosekriteriene i ICD-10 som skiller mellom skadelig bruk og avhengighetssyndrom, mens DSM IV beskriver rusmiddelproblemer i tre ulike former; risikofylt alkoholforbruk (storkonsumenter), misbruk og avhengighet. Å komme fram til ulike grader av rusmiddelproblemer, er imidlertid ikke uproblematisk. Forandringsprosessen, eksempelvis fra misbruk til avhengighet, er komplisert og kan blant annet bestå av ulike biologiske, psykologiske og sosiale fenomener (Waal 2005: 5).

Med utgangspunkt i et sykdomsperspektiv løftes synet på rusmiddelproblemer opp fra et moralsk perspektiv til et mer nøytralt perspektiv (Klingsheim 2003). De med rusmiddelproblemer pålegges ikke lenger et moralsk ansvar for sin rusmiddelrelaterte livssituasjon. Likevel kan det fremdeles stilles etiske spørsmål til denne forståelsesmodellen. Personer med rusmiddelproblemer per i dag – fra myndighets føringer – blir sett som syke pasienter med gjeldende rettigheter etter pasientrettighetsloven. Det negative ved ”sykdom” kan, ifølge kritikere, fungere som sovepute for legitimering av alvorlige rusmiddelproblemer. Dette bidrar trolig til at omgivelsene verken stiller krav eller påvirker personens egen ansvar om å omlegge sin rusmiddelrelaterte livsstil (Skjøtskift 1998: 26-29, Brandsberg-Dahl og Lanesskog 2002: 29).

2.1.2 Rusmiddelproblemer sett fra et politisk og juridisk perspektiv

Helse- og omsorgsdepartementet (2006: 29) har det overordnede ansvar for behandlingsapparatet og det nasjonale ansvar for koordineringen av alkohol- og narkotikapolitikken. Helse- og omsorgsdepartementet (ibid.) har ansvar for tjenestetilbudet og det samlede tiltaksapparatet, slik det er beskrevet i sosialtjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Med rusreformen i 2004 ble ansvaret for behandling av pasienter med rusmiddelproblemer fra 1. januar 2004 overført fra fylkeskommunen til staten ved de regionale helseforetakene. Kommunene har fortsatt ansvar for primære tjenester (råd og veiledning, praktisk og personlig bistand og omsorgstiltak) som før rusreformen. Rusreformen er en kvalitetsreform og har som overordnet mål å sikre at personer med sammensatte rusmiddelproblemer får et bedre og mer helhetlig behandlingstilbud. Reformen er en del av spesialisthelsetjenesten som omfattes av lov om spesialisthelsetjenesten (1999), på linje med psykisk helsevern og somatikk. Rusreformen skal mao. lette situasjonen for de som søker hjelp. De som har sammensatte rusmiddelproblemer, kan henvende seg til både lege og sosialtjeneste angående ønske om innleggelse i behandlingsinstitusjon, og de har på lik linje med andre pasientgrupper, rett til spesialisert helsehjelp. I Pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c (1999) omfatter helsehjelp handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål.

Tverrfaglig spesialisert behandling er et viktig begrep i rusreformen som innebærer at tjenestene både har et sosialfaglig og helsefaglig innhold. Helse- og omsorgsdepartementet i Ot.prp.nr.3 (2002-3) stiller følgende krav til behandlingstiltak som skal yte tverrfaglig spesialisert rusbehandling at:

det skal ha personell med kompetanse innen medisin og psykologi/psykiatri som kan stille diagnoser samt iverksette og følge opp med adekvat medisinsk, psykososial og psykoterapeutisk behandling.

I Pasientrettighetslovens bestemmelser § 1-1 (1999) blir det slått fast at helsearbeidere skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd. Helsearbeidere og deres virksomhet er omfattet av helsepersonelloven (1999). I Helsepersonellovens bestemmelser § 4 (1999) blir det i tillegg slått fast at:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Denne bestemmelsen presiserer det individuelle ansvar som ligger hos den enkelte helsearbeider, mens det i helsepersonelloven § 16 (1999) stilles krav om at virksomheten skal tilrettelegge for at helsearbeidere kan utøve sin virksomhet forsvarlig. Pasienter med rusrelaterte problemer må i henhold til loven kunne forvente å bli møtt og behandlet med samme grad av *omsorgsfull hjelp og faglig forsvarlighet* som andre pasientgrupper.

I Styringsdokumentet for 2004 fra Sosial- og Helsedirektoratet (2004b: 25) understrekes det utfordringer som både de regionale helseforetakene og den enkelte av helsearbeiderne har. Sentrale utfordringer er følgende; *kompetansehevende og holdningsskapende arbeid vedrørende rusmiddelproblemer og rusmiddelbehandling i tjenesteapparatet* (ibid.).

2.1.3 Rusmidler

Rusmidler defineres her som stoffer som kan påvirke individets psykiske og fysiske funksjon. Det gjelder både lovlige og ulovlige rusmidler. Alkohol, narkotika og legemidler oppfattes her alle som rusmidler, fordi de har en felles virkning ved at de kort tid etter inntak påvirker sentralnervesystemet. Alkohol og legemidler er legalt, men det er ikke narkotika. Vanligvis regnes ikke nikotin som et rusmiddel, men det er sterkt avhengighets-skapende med stoffsentralstimulerende egenskaper. Ett av spørsmålene brukt i studien, omfatter bruk av nikotin. Felles for alle rusmidlene er at rusen kjennetegnes av konsentrasjonssvekkelse, hukommelses- og innlæringsvikt, endret stemningsleie og kritikkfølsomhet. De enkelte rusmidler vil ha karakteristiske egenvirkninger som for eksempel økt sentralnervøs og motorisk aktivitet, hallusinasjon eller sløvhets. Rusens varighet kan være fra få til mange timer. Forskning har vist at spesielle deler av hjernen er involvert i fremkalling av rus. Rusmidler kan endre aktiviteten i de deler av hjernen som regulerer følelser av glede, belønning, velvære, motivasjon og innlæring (Sosial- og helsedirektorat 2004a: 36). Det dreier seg i hovedsak om områder i hjernen som er forbundet med opplevelsen av *naturlige stimuli, som mat, drikke, sosial introduksjon (til ensomme), seksuelle stimuli og omsorg* for eksempel for barn (ibid.).

Alkohol er et utbredt rusmiddel som er en akseptert og integrert del av samfunnet. I Norge har bruken av alkohol vært økende de siste 10 –15 årene, særlig blant kvinner og unge i

aldersgruppen 10 –15 år (Helse- og omsorgsdepartementet 2007). Denne økningen er en utfordring for samfunnet.

Narkotika omfatter de stoffene som samfunnet definerer slik at de forsøkes forhindret i bruk. Narkotika anses som skadelige for helse og samfunn. I Norge er det forbudt å innføre, omsette, oppbevare og bruke narkotika (Helse- og omsorgsdepartementet 2007). All bruk av narkotika defineres som ”misbruk” (ibid.). Det er enormt mange narkotikatyper som for eksempel opioider (heroin, morfin, metadon), ecstasy, kokain, amfetamin, sniffestoffer og cannabis. Noen stoffer anses som ”lette” narkotika, eksempelvis hasj. Noen som prøver narkotiske stoffer utvikler ikke alvorlige rusmiddelproblemer, mens noen andre gjør det. Narkotikaforbruket økte gjennom 1990- tallet, toppet seg ved årtusenskiftet og har siden da gått noe tilbake (ibid.). I 2006 ble det anslått å være mellom 8200 og 11 500 injiserende rusmiddelavhengige (ibid.). Samtidig er det dokumentert at helsearbeidere ser ut til å ha negativ holdning til rusmiddelbrukere, særlig de som bruker illegale rusmidler (Roche 1997, Jacke *et al.* 1999).

Grupper av legemidler med avhengighetspotensial og som kan gi rusvirkning, er anxiolytika/hypnotika/sedativa, sentraltvirkende analgetika og andre som f.eks. antiparkinsonmidler, sentraltvirkende antihistaminer, osv.

2.1.4 Skader som følge av destruktivt rusmiddelbruk

Verdens helseorganisasjon (WHO) har beregnet at ca. 1,8 mill. personer på verdensbasis (2000) døde av alkoholrelaterte årsaker, mens ca. 223 000 personer døde av narkotikarelaterte årsaker (Helse- og omsorgsdepartementet 2006). På samme måte som andre land har Norge sett en økning i ulike problemer knyttet til destruktivt rusmiddelbruk (Skretting 2005). Man skiller dessuten mellom skader som rammer personer som bruker stoffene selv og skader som rammer andre. I rusmiddelforskning er det kjent at bruk av et psykoaktivt stoff ofte henger sammen med bruk av flere andre stoffer og alkohol (Aarø *et al.* 1995). Helsetilstanden blant personer med alvorlige rusmiddelproblemer er ”*like skrøpelig som blant folk i den 3. verden*”, mener Sundin (2000: 120). Fysiske skadevirkninger er for eksempel ulykker i rustilstand (trafikkulykker, fallulykker, osv.), betennelser og smittsomme sykdommer (hepatitt, kjønnsykdommer og AIDS), en del sykdommer på grunn av nedsatt immunforsvar og dårlig ernæringstilstand, tannskader, fosterskader og forgiftning ved eventuelt overdose som kan føre til død. Finansering av

rusmiddelforbruket skjer for mange gjennom for eksempel prostitusjon og ulike typer kriminalitet. I tillegg er rusmidler som alkohol en viktig årsak til trafikkulykker fordi de blant annet bidrar til å redusere kjøreferdighetene (Assum 2005, Assum 2008). Det pågår nå et prosjekt ved akuttmottaket på Ullevål Universitetssykehus, fra desember 2007, som skal kartlegge hvor mange skader som er rusmiddelrelaterte (Folkehelseinstituttet 2008). Dette kan trolig åpne for forbedring av statistikkgrunnlaget for å få oversikt over hvor mange dødsfall og ulykker som i sin helhet skyldes bruk av alkohol og narkotika i Norge.

2.1.5 Språkbruk i rusmiddelfeltet gjenspeiler holdning?

Asheim (1997: 12) framhever at mennesker gjennom begreper og uttryksmåter gjør egne erfaringer og tolker dem, og livserfaring som er tilegnet gjennom flere generasjoner, har nedfelt seg i språkbruken. Mange forskjellige begreper kan tydeligvis brukes om substansene man konsumerer og om den personen som konsumerer. Siden det ikke har vært uproblematisk å finne definisjoner som ikke er normativt ladete, er det viktig at språkbruken i rusmiddelfeltet blir tatt hensyn til. De ulike rusmiddelrelaterte begrepene er stadig i endring og utvikles, og nye meningsinnhold tillegges disse begrepene. Asheim (1997: 298) hevder på sin side at *holdninger på godt og ondt styres av språk*.

Kornør referert i Øiern (2005) sier ” *Det finnes ikke noen felles, moderne norsk terminologi for stoffproblematikk*”. For at fagfolk skal kunne forstå hverandre på tvers av fag-, kultur- og landegrenser er det, ifølge Kornør (ibid.), ”*nødvendig med adekvate og hensiktsmessige termer*”. Ikke bare i Norge, men også internasjonalt hvor for eksempel en faglig organisasjon på rusfeltet – European association of professionals working in the drug field (ITACA) – arbeider med spørsmål om rusmiddelfeltets terminologi. Organisasjonens president Maurizio Coletti (referert i Øiern 2005) påpeker at begrepsbruk avspeiler en filosofi og har å gjøre med kultur og holdninger.

WHO's ekspertkomité har, ifølge Waal (2005: 9) gjennom en årrekke forsøkt å utvikle definisjon for tilstand med destruktivt rusmiddelbruk, og dets begrepsapparat har gjennomgått to større revisjoner. ”Misbruk” (”abuse”), ”tilvenning” (”habituation”) og ”avhengighet” (”addiction”) var sentrale begreper i begynnelsen. Misbruk var ”*all bruk i strid med negative sosiale og /eller personlige konsekvenser*”, beskriver Waal (ibid.). Tilvenning var, ifølge Waal (ibid.) knyttet til *toleranseutvikling*, og avhengighet ble brukt for å betegne tilstand som ”*kontrolltap hvor den totale summen av virkninger dominerer*

misbrukerens atferd". WHO ble kritisert for valg av begrepet "abuse" eller "misbruk" på norsk i sin neste revisjon, hevder Waal (ibid.). Og WHO unngår, ifølge Waal (ibid.) derfor i sin siste versjon, ICD-10, verdiladede termer. I denne forbindelsen brukes "harmful use" – "skadelig bruk" på norsk – når rusmiddelbruk åpenbart kan gi helseskader (ibid.). Diagnosen "avhengighet" blir definert på ny av WHO i 1993 som "*en gruppe av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener av varierende styrke hvor bruken av et psykoaktivt stoff er svært høyt prioritert*". Både ICD-10 og DSM-IV har brukt denne definisjonen og opererer med visse felles kriterier uavhengig av rusmidler (ibid.).

Begrepet "misbruk" menes å legge mer negativt fokus på den personen som har rusmiddelproblemene, og på personens atferd, enn på selve de skadelige stoffene (Reinås 2003). Personen blir en misbruker. Med andre ord får begrepet "misbruk" en mer negativ, moraliserende, stigmatiserende, avvikende og nedvurderende resonans (ibid.). Det kan settes spørsmålsteget om hva som skiller betegnelsen "bruk" fra "misbruk". Selv med en økende fokusering på negative stereotypier, fordommer og stigma mot disse personene, benyttes det likevel ofte nedsettende begreper som narkoman og alkoholiker i både helsefaglig og annen litteratur. Øiern (2005: 11) påpeker noen praktiske konsekvenser som følge av språkbruken i rusmiddelfeltet, i forhold til hvem som egentlig får spesialisert tverrfaglig rusmiddelbehandling i Norge. Mens pasientene i Helse Øst og Midt-Norge, heter *rusavhengige*, heter de derimot *rusmiddelmisbrukere* i Helse Nord og Vest (ibid.).

I denne masteroppgaven anvendes begrepet rusmiddelproblemer. Det kan videre diskuteres om valget av begrepet *rusmiddelproblem* framfor *rusmiddelutfordring*.

2.2 Hva er holdning?

En holdning oppstår hos det enkelte mennesket, og i relasjoner med andre mennesker (Ottati *et al.* 2005: 709). En grunnleggende kjerne i dette er at menneskets beslutningstakelse ikke oppstår isolert, men i et dynamisk samspill med omgivelsene (Albarracin *et al.* 2005: 671). Helsearbeideres holdninger til pasienter med rusmiddelproblemer har, ifølge Asheim (1997: 37), å gjøre med hvordan helsearbeidere "*forholder seg til sine arbeidsoppgaver og sine pasienter*".

Wyer og Albarracín (2005: 276) hevder at begreper "beliefs", "opinions" og "attitudes" er sentrale i sosialpsykologiske teorier og studier, men sammenhengen mellom disse begrepene er ofte uklare. Mens Thurstone (1931 referert i Fishbein og Ajzen 1975: 61) hevder at "opinions" er et muntlig uttrykk for "attitudes", mener Fishbein (1963 referert i Fishbein og Ajzen 1975: 29) at det er et *klart* skille mellom "beliefs" (antagelser) og "attitudes" (holdninger). Holdning er, ifølge Fishbein (ibid.), summen av personens antagelser (beliefs) om et objekt og de impliserte responsene til disse antagelsene. En persons holdning til et gitt objekt er knyttet til både hans/hennes antagelser om dette objektet, og hans/ hennes reaksjoner tilknyttet disse antagelsene om objektet.

Videre antydes det at tre former; "affect", "beliefs" og "(overt) behaviors", står sentralt i forståelse av mekanismen i "holdningsbegrepet" (Albarracín *et al.* 2005: 3). "Affect" handler her om følelser som mennesker har, og som hos den enkelte enten kan være tilknyttet et konkret objekt og en enkel hendelse, eller være der og oppstått av seg selv. "Beliefs" er antagelser om at et objekt eller en hendelse har sammenheng med en gitt "attribute" (egenskap). "Behaviors" blir vanligvis definert som en faktisk handling. Disse tre fenomener er med andre ord sentrale i dynamikken som former og forandrer holdninger. Til gjengjeld har holdning også en tilsvarende påvirkning på *affect, beliefs og behaviors* (Albarracín *et al.* 2005).

Gjennom sine historiske studier, studier i etisk teoridannelse og studier i områdeetikk har Asheim (1997) reformulert dydsetikk som holdningsetikk i sin bok; *"Hva betyr holdninger?"* Ved å erstatte dyd med holdning anses det at man kan bidra til at *"aktuelle etiske problemer blir tilstrekkelig belyst og konklusjoner holdbare"*, hevder Asheim (1997: 9). Etikk har, ifølge Asheim (ibid.), sammenheng med bruk av ulike begreper som "verdi", "norm", "prinsipp" og "holdning". Foreløpig har denne masteroppgaven med holdningsbegrepet som fokus, ikke til hensikt å ta stilling til rangering av disse begrepene. Derimot tar denne oppgaven grunnleggende utgangspunkt i det Asheim påpeker – at det ser ut til at holdning er et *nøkkelbegrep* i litteratur og studier som arbeid med konkrete yrkes- og samfunnsproblemer (Asheim 1997: 20).

Holdning reflekterer, ifølge Asheim (1997), den enkeltes kunnskap, som igjen kommer til uttrykk i hans eller hennes handling. Asheim mener at det er viktig med kunnskap, men at

dette ikke er nok. I denne forbindelse trenger man, hevder han, et begrep som ”går videre enn opplysning” (ibid).

”Det gjelder å få følelsene med, nå ned til det sjikt i personligheten som kan være behersket av fordommer og stereotypier. Derfor foretrekker man likevel å snakke om holdningsdannelse heller enn om opplysning.” (Asheim 1997: 18)

Asheim (1997: 20) hevder at holdning tillegges betydning for “*erkjennelse og handling*”. I begrepet positiv holdning ligger “*et grunnleggende ja til mennesker som medmennesker*”, sier Asheim (1997: 296). Asheim (1997: 19) understreker videre at holdning er en intensjon til handling og ikke noe som kommer i andre omgang, “*for det er våre holdninger som får oss til å se eller ikke se*”.

Begrepet holdning er sammensatt og kan derfor defineres ulikt avhengig av hvilket fagfelt og hvilken teori det relateres til. En definisjon som er mer teorinøytral, ser holdning som uttrykk for “*en samlet evaluering av et tenkt objekt*” (Bohner og Wänke 2002: 5). Også Eagly og Chaiken (1993: 1) definerer holdning som “*en psykologisk tendens som kommer til uttrykk ved å evaluere et bestemt objekt til å ha en viss grad av positiv eller negativ verdi*”. Konsekvensen av denne evalueringen bidrar trolig til at individet enten velger å tilnærme seg eller unngå angjeldende objekt (Chappel og Veach 1987:3 94, Albarracin *et al.* 2005: 22).

Selv om det ikke eksisterer noen omforent definisjon av holdningsbegrepet, ser det ut til å være en viss enighet om at *evalueringsprosess* er kjernen i dette begrepet. Helsearbeideres samlede evaluering av pasienter med rusmiddelproblemer ser ut til å påvirke deres evne til og valg av det “*å se eller ikke å se*”.

2.2.1 Holdningsobjekt?

I definisjonene av holdning antydes det en kobling mellom holdning til et holdningsobjekt og atferdsmessig respons til holdningen. Holdningsbegrepet befatter seg med evaluering av et objekt. “Et objekt” som blir evaluert, kan være emne, menneske, idè, situasjon, gruppe, ting, ol (Bohner og Wänke 2002: 5). “Et tenkt objekt” (Bohner og Wänke 2002: 5) kan være både positiv og negativ (Eagly og Chaiken 1993: 1). Denne kvantitative studien har imidlertid ikke til hensikt å beskrive holdninger hos hver enkelt helsearbeider overfor hver enkelt pasient. Pasienter og deres rusmiddelproblemer blir i studien sett samlet som et “holdningsobjekt”.

2.2.2 Komponenter og dimensjoner i holdningsbegrepet

På samme måte som det finnes ulike definisjoner, oppstår det visse uenigheter om hvordan holdning best kan beskrives, hvilke og hvor mange komponenter en holdning består av. Holdning som en identifiserbar del finnes hos Thurstone (1932 referert i Gaskell 1996: 25), der holdning er *"en affekt for eller mot et psykologisk objekt"*. Holdning i Thurstones definisjon består av en ren følelsesmessig komponent om vi liker et objekt eller ei.

Asheim (1997: 27) slutter seg til en definisjon av holdningsbegrepet som består av tre deler; en kognitiv, en affektiv og en atferdsmessig (konativ) komponent. Dette betyr at holdning ikke bare dreier seg om tanker og følelser til et *objekt*, men også om menneskets handlinger og reaksjoner (ibid.). Forholdet mellom disse komponentene anses å stå i et gjensidig vekselvirkningsforhold, der påvirkning mellom de ulike komponentene alltid er til stede uavhengig av om det er sammenfall mellom disse eller ikke (ibid.). Forskning i sosialpsykologi påpeker at en gitt holdning ikke nødvendigvis omfatter alle disse tre komponentene, og at disse relevante komponentene ikke alltid klart kan skilles i en gitt holdning (Eagly og Chaiken 1993: 666-667, Bohner og Wänke 2002: 5). Eagly og Chaiken (1993) fastslår at enkelte holdninger kan være basert på én eller to av komponentene.

Bohner og Wänke (2002: 5) definerer begrepet holdning som *"en samlet evaluering av et tenkt objekt"*. Denne samlede evalueringen kan bestå av en rekke evaluerende responser på ulike dimensjoner man har til et objekt (ibid.: 54). Bohner og Wänke (2002: 66) sier:

"Attitudes may have more than one underlying dimension. Each dimension may encompass elements of different response classes (cognitive, affective) or may consist entirely of one class".

For eksempel kan en avholdsmann ikke drikke alkohol på grunn av risiko for leverskade, mens en annen ikke drikker alkohol på grunn av at vedkommende er religiøs og samtidig er redd for helseskadelige effekter. Den siste ser foreløpig ut til å ha en negativ holdning som er basert på to dimensjoner; moral og helse. Og Eagly og Chaiken (1993 referert i Bohner og Wänke 2002: 55) understreker at ulike responser kan eksistere i en *synergetisk* relasjon. En avholdsmann kunne for eksempel ha opplevd alkoholforgiftning etter å ha drukket alkohol som barn. Hun eller han blir derfor etter hvert mer mottakelig for alkoholrelaterte informasjon og antar dermed at det å drikke alkohol er usunt.

Således kan det i denne studien antas at holdninger til pasienter med rusmiddelproblemer kan forstås som helsearbeideres evalueringer av ulike aspekter ved disse pasientene.

Holdninger kan mao. bestå av flere holdningsdimensjoner. I måleinstrumentet SAAS er det fem holdningsdimensjoner; *Toleranse*, *Intervensjonsvilje*, *Ikke- stereotypi*, *Behandlingsoptimisme* og *Ikke- moralisme*.

2.2.3 Betydningen av holdning på ulike nivåer

Fordi mennesker lever i interaksjon med hverandre og omverdenen, vil det være uunngåelig med påvirkning fra hverandre og hverandres holdning (Bohner og Wänke 2002: 13, Prislin og Wood 2005: 671-706). Holdning påvirker ikke bare atferd og andres holdning, men fastsetter også hvordan mennesker bearbeider og tilegner seg informasjon angående holdningsobjekter (Bohner og Wänke 2002: 14). Holdning har, ifølge Bohner og Wänke (2002: 17) innflytelse på atferd (både egen og andres), informasjonsprosesser, sosialkontakt og individets selvkonsept.

Bohner og Wänke (2002: 14) skisserer tre ulike nivåer; *individuell*, *interpersonalt* og *samfunnsnivå*, for å forstå holdningsmekanismer. På individuell nivå virker en holdning på personens persepsjon, tanke og andres holdning og atferd. På interpersonalt nivå handler det om den vekselvirkningen holdning har for sosialrelasjoner som oppstår mellom ulike personer. Disse personene er samtidig både mottakere og avsendere av de sosiale budskapene. Bohner og Wänke (ibid.) hevder at verden ville være forutsigbar om vi hadde kunnskap om andres holdning. Om vi blir påvirket av denne kunnskapen, vil vi muligens prøve å kontrollere andres atferd ved å forandre deres holdning (ibid.). På samfunnsnivå kan holdning innen ulike grupper bidra eksempelvis til diskriminering og direkte vold overfor andre grupper som er annerledes (ibid.). Negative holdninger som *fordom*, *stereotypi* og *diskriminering* anses ofte å være opphav til problemer i samfunnet (Eagly og Chaiken 1993: 5, Ottati *et al.* 2005: 727). Forskjellsbehandling og diskriminering av pasienter med rusmiddelproblemer kan trolig være resultat av dette.

2.2.4 Holdning og atferd

En rekke studier og teorier har belyst forholdet holdning - atferd, og det *er* motstridende oppfatninger om dette forholdet. Lapiere, (1934 referert i Bohner og Wänke 2002: 219-220), mener at det ikke eksisterer sammenheng mellom holdning og atferd. Det er likevel et bredt teoretisk grunnlag som indikerer at holdninger forutsier atferd. Allport, (referert i Jaccard og Blanton 2005: 125), hevder at holdning påvirker atferd, og at holdning kan ansees som en "forberedelse" til hvordan man responderer (Allport 1967: 8 referert i Langeland 1999: 112-113). En holdning foreligger forut for at atferd eller handling, mener

Asheim (1997: 251). Han beskriver at; *”rett handling forutsetter adekvat oppfattelse av situasjoner”*. Imidlertid finnes det lite evidens til å vurdere om holdning forårsaker atferd (Bohner og Wänke 2002: 241-242).

Teorien om såkalt *”overveid handling”* (Theory of Reasoned Action, TRA) (Fishbein og Ajzen 1975) og videre Teorien om *”planlagt atferd”* (Theory of Planned Behavior, TPB) (Ajzen 1985, 1991, referert i Ajzen og Fishbein 2005: 196), fremheves ofte for å belyse faktorer som har betydning for en aktuell atferd. Begge teoriene fokuserer på psyko-metriske faktorer som kan anvendes for å forutsi en gitt atferd. Ajzen og Fishbein (referert i Bohner og Wänke 2002: 233) hevder at *”holdning til atferd”* bedre kan forutsi atferd enn *”holdning til det objektet som atferd er rettet mot”* (attitudes towards targets of behavior). For Ajzen og Fishbein (2005: 175) er *holdning til atferd* kun én av de ulike faktorene som først og fremst påvirker *”intensjon om atferd”*. Holdning er dermed ikke alltid forutgående for atferd. På den annen side argumenterer Eagly og Chaiken (1993: 205) med at en holdning tilknyttet et objekt, er utgangspunktet for den handling som rettes mot objektet.

Kompleksiteten og graden av relasjon mellom holdning og atferd blir imidlertid ikke undersøkt i denne studien.

2.2.5 Holdningsdannelse og holdningsendring

Prislin og Wood (2005: 672) fastslår at holdninger har med sosiale sammenhenger å gjøre, fordi holdninger utvikles, fungerer og endres i en gjensidig sosial relasjon. En holdning som blir rapportert, er blitt observert å endre seg i ulike kontekster. Aktuell kontekst ser dermed ut til å kunne fastsette ulik grad av fokus og kognitiv informasjonstilgjengelighet angående holdningsobjektet (Eagly og Chaiken 1993: 77-79, Garner 2005: 58). Holdninger blir sett som abstrakte strukturer (Fabrigar *et al.* 2005). Albarracin *et al.* (2005: 4) konkluderer med at en holdning kan være *”bedømmelser, minner, eller begge”*. Holdning kan med andre ord være *“det som man har tillært seg, som ligger i langtidshukommelsen, blir aktivert når holdningsobjekt er oppstått”* (Kruglanski og Strobe 2005: 324), *“det som oppstår midlertidig, som er skapt på det tidspunktet man blir bedt om å ta et standspunkt”* (Fabrigar *et al.* 2005: 80) eller kombinasjon av disse.

I henhold til *”det som oppstår midlertidig”* kan holdning bli konstruert på bakgrunn av midlertidig informasjonstilgjengelighet (Holland *et al.* 2002: 870). Hvis relevant *“intern”* informasjon ikke er tilgjengelig eller ikke er blitt husket, så kan en holdning bli mer

mottakelig for aktuelle påvirkninger (Wood 1982 referert i Garner 2005: 58, Fabrigar *et al.* 2005: 80). En forutgående holdning som allerede finnes i hukommelse, men som da *ikke* er tilgjengelig eller tilstrekkelig, kan la seg endre til en helt ny holdning (Bohner og Wänke 2002: 115). Prosessen vil kreve kognitive ressurser og vilje til å få en holdning endret (ibid.). Imidlertid betyr det ikke at den forutgående holdningen blir helt borte (ibid.). Vi kan for eksempel ikke forvente at helsearbeidere allerede har gjort seg bevisst i sin forutgående holdning til pasienter som har rusmiddelproblemer. Denne spørreskjemaundersøkelsen kan antakeligvis bidra til å sette i gang og å framskynde en bevisstgjøringsprosess om hvordan helsearbeidere *forholder seg* til disse pasientene.

Ulike prosesser bidrar til holdningsdannelse og holdningsendring, basert på sosiale påvirkninger på den ene siden og biologiske påvirkninger på den andre siden (Bohner og Wänke 2002: 85). Miljø, genetisk betingelse og relasjoner mellom miljøet og biologien kan bidra til å forklare holdninger (ibid.: 71-87). Disse faktorene trenger ikke å være uavhengige av hverandre (ibid.). Ulike teorier er aktuelle for å forstå hvordan holdninger formes, dannes og endres. Læringsteori, konsistensteorier og funksjonell teori er her sentrale.

Fishbein og Ajzen (1975: 6) beskriver en holdning som *"en tillært disponerhet for å reagere konsekvent på en positiv eller negativ måte med hensyn til et gitt objekt"*. Fishbein og Ajzen (1975) argumenterer for at holdning er tillært, og de fleste vil være enige om dette til tross for at det fortsatt er uenighet om hvordan "læring" kan forstås. Læring kan, ifølge Bohner og Wänke (2002: 78-87), skje via hyppige kontakter, sosiale påvirkninger og observasjoner. Læring kan her være basert på betingelser og/eller frivillige imitasjoner (ibid.). Noen lærer fra en oppmuntrende overtalelse, mens andre lærer fra presentasjon av faktisk informasjon (ibid.). I en sosialiseringsprosess, særlig i tidlig livsfase kan menneskets grunnleggende verdier ervervet og lært fra familie (Albarracín *et al.* 2005: 6). Venner, skole og jobb vil etter hvert ha betydning.

Menneskets holdninger kan læres og formes av direkte og indirekte erfaring (Eagly og Kulesa referert i Bazerman *et al.* (red) 1997: 126). Ved direkte erfaring kan vi, ifølge teori om *"gjenkjennelses effekt (eposure effect)"* av Zajonc (1968 referert i Bohner og Wänke 2002: 76-78), sannsynligvis ha en mer positiv holdning til et nøytralt objekt. Dette forutsetter at erfaringen ikke er negativ (ibid.). Vi lærer på mange måter å like eller mislike

noe fordi kontakter med dette objektet skjer samtidig som vi følelsesmessig blir påvirket av andre mennesker.

Konsistensteorier som balansesteori og dissonansteori handler om overenskomst med seg selv. I alle sosiale relasjoner streber mennesket ifølge disse teoriene mot å oppnå balanse og konsistens i kognitive prosesser. Ubalanse eller dissonans (Heiders balansesteori 1946, 1958 referert i Bohner og Wänke 2002: 61 og Festningers dissonansteori 1957 referert i Bohner og Wänke 2002: 170) vil gi motivasjon til holdningsendring. Ifølge disse teoriene vil ubalanse og dissonans oppleves ubehagelig og anspent. For eksempel kan helsearbeidere, med sin plikt til å yte helsehjelp til alle pasienter uansett diagnose, oppleve en ubehagelig erfaring med pasienter som har rusmiddelproblemer. Helsearbeidere forsøker for eksempel dermed å redusere ubehag, muligens ved å endre sin holdning til å bli mer positiv eller ved å tenke minst mulig på det ubehaget. Helsearbeidere kan muligens ha et ønske om å unngå disse pasientene.

For å forstå hvordan holdning blir dannet og endret, vil det å forstå holdningsfunksjon være viktig (Eagly og Chaiken 1993: 479). Funksjonalistisk teori går, ifølge Snyder og DeBono referert i Pratkanis *et al.* (1989: 339-340) ut fra at det er en årsak til at mennesker velger å holde fast ved sin holdning eller ikke. Sett fra funksjonell teori gir holdninger adgang for mennesker til å oppnå sine mål og verdier for seg selv og for sin deltakelse i samfunnet. David Katz referert i Eagly og Chaiken (1993: 479-482) er en av de kjente teoretikere som jobber med det funksjonelle temaet og antar at holdninger kan ha en verdiekspressiv, nytte, kunnskapsorganiserende og egobeskyttende funksjon. I omtalen av verdiekspressiv funksjon har Katz (*ibid.*) vært tydelig opptatt av akseptabel verdi for personen i gruppen, men han har, ifølge Eagly og Chaiken (1993), ikke vært tydelig når det gjelder personens relasjon til andre. Eagly og Chaiken (1993: 481) mener derfor at ideen om *sosial tilpasning* som var utviklet av Smith *et al.* i 1956 utfyller dette. Den samme holdningen kan, ifølge Snyder og DeBono referert i Pratkanis *et al.* (1989: 339-340), utgjøre ulike funksjoner for ulike mennesker. Holdningsteori bør ses og forstås i et større perspektiv, hvor verdens samfunn består av ulike kulturer (Prislin og Wood 2005).

Nedenfor presenteres en kort oppsummering av Katzs og Smiths funksjonelle teorier (referert i Eagly og Chaiken 1993: 479-482):

- *Verdifunksjon eller sosialregulering* sier noe om hvem vi er, i forhold til våre sentrale verdier og hvilken gruppe vi tilhører.
- *Tilpasnings- og nyttefunksjon* kan man ved å tilegne seg akseptable holdninger få dekket sine viktige behov, som tilhørighet og aksept, og unngå straff.
- *Kunnskapsfunksjon* handler om at vi søker kunnskap for å forstå og oppnå et meningsfylt, stabilt og organisert syn på denne verden vi lever i. Kunnskapsfunksjon kan bygges opp over tid og endres seg ved at ny kunnskap og informasjon om et fenomen blir kjent. Denne funksjonen hjelper ikke bare ved organisering og effektivisering av bruken av eksisterende informasjon, men også ved å organisere, styre og begrense inntak av ny informasjon.
- *Forsvars- eller egobeskyttende* beskytter vi vårt ego. Vi forsvarer vårt eget selv bilde både overfor oss selv og andre. Dessuten kan denne funksjonen også knyttes til fordommer overfor ulike menneskegrupper.

2.3 Fem holdningsdimensjoner i SAAS

Holdninger blir tradisjonelt målt langs en bipolar akse f.eks; positiv/ negativ, god/dårlig og enig/uenig. To ulike tilnærminger blir brukt for måling av holdning (Ostrom *et al.* 1994: 20, Bohner og Wänke 2002: 19). Den mest brukte av disse skjer eksempelvis ved hjelp av *direkte* spørsmål som blir stilt til respondenten via spørreskjema (Bohner og Wänke 2002: 22). Ostrom *et al.* (1994: 21) sier at: "*Den enkleste måten å oppdage en persons holdning, er å spørre vedkommende direkte om hvordan han/hun føler overfor et holdningsobjekt*". Den andre tilnærmingen skjer *indirekte*, for eksempel via observasjoner av synlige handlinger og kroppslige uttrykk.

I denne oppgaven ble holdning målt ved at respondenten fikk forelagt flere holdningspåstander som han/hun skulle ta stilling til. SAASs 43 holdningspåstander fordelt i fem holdningsdimensjoner ble her brukt. Svaralternativer til hver av de enkelte holdningspåstandene er basert på en såkalt fem punkt - likertsskala. SAAS har vært anvendt i en rekke studier, og instrumentet anses å ha et akseptabelt reliabilitets- og validitetsnivå (Foster og Oneykwu 2003). Chappel *et al.* (1985) fokuserer på fem holdningsdimensjoner; *Toleranse* (permissiveness), *Intervensjonsvilje* (treatment intervention), *Ikke- stereotypi*

(non-stereotypes), *Behandlingsoptimisme* (treatment optimism) og *Ikke-moralisme* (non-moralism).

2.3.1 Toleranse

Denne dimensjonen handler, ifølge Richmond og Foster (2003: 395), om en tolerant og akseptert holdning. Det er vanskelig å finne et enkelt begrep for oversettelse av *Permissiveness* til norsk, slik at her er både ”tolerant” og ”aksept” blir brukt for å dekke det opprinnelige begrepet, mens toleranse er det valgte navnet for denne holdningsdimensjonen. *Toleranse* betyr det å *tåle* eller *holde ut noe* (Toleranse 2008). I en sosial sammenheng kan toleranse defineres som *evne og vilje til å tåle, til å leve med, de av andres meninger, holdninger og handlinger som man selv ikke alltid er enig i og aksepterer* (ibid.). Å akseptere betyr, ifølge Riksmålsordboken, *å godta* eller *å gå med på* et tilbud, en utfordring, en tilstand, en påstand, ol. De ulike påstandene i SAAS (tabell 4.7) ser ut til å gjenspeile noe av helsefaglig ståsted, samfunnets generelle holdninger og politikk. Samfunnets rusmiddelpolitikk beveger seg et sted mellom det å være restriktivt og det å være liberalt.

2.3.2 Intervensjonsvilje

Denne dimensjonen omhandler helsearbeideres vilje til å sette i gang tiltak rettet mot enkeltindivider eller grupper der faren for å pådra seg skader og sykdom er til stede (Foster og Onyeukwu 2003: 579, 581). En påstand i SAAS omhandler tidlig diagnostisering av dem med alkoholproblemer (tabell 4.8). Fra flere hold blir det påpekt at jo tidligere rusmiddelproblemer avdekkes, jo større sjanse er det for å lykkes med å forhindre ytterligere negativ utvikling (Helse- og omsorgsdepartementet 2006: 47). Nesvåg *et al.* (2007) har utarbeidet en oppsummering av forskningsbasert kunnskap om effekter av tiltak for tidlig identifikasjon og intervensjon i rusmiddelfeltet. Etter litteraturgjennomgang mener de at det ofte trekkes et skille mellom *tidlig intervensjon* av risikofylt atferd og *behandling* av det oppståtte problemet. Tidlig intervensjon handler, ifølge Nesvåg *et al.* (2007: 7), om at ”*det i en hver problemutvikling vil være et mål å gripe inn så tidlig som mulig, og helst før problemene i det hele tatt har begynt å vise seg*”. Tiltakene betraktes, ifølge Nesvåg *et al.* (2007: 7) som behandling og ikke tidlig intervensjon, *når diagnose stilles*. Samtidig vil grenseovergangen mellom tidlig intervensjon og behandling i praksis være *glidende* (ibid.). De ulike holdningspåstandene i tabell 4.8 omfatter begge aspektene.

2.3.3 Ikke stereotypi

Denne dimensjonen omhandler det å ikke tro på ulike samfunnsmessige stereotypier når det gjelder rusmiddelbruk og rusmiddelbrukere (Richmond og Foster 2003: 395). Stereotypi er et kjent fenomen i ulike sosiale arenaer. Faktorer som kan være opphav til konflikt mellom ulike grupper, er fordommer, stereotypi og diskriminering (Ottati *et al.* 2005: 727). Basert på den tredelte modellen for holdningsbegrepet, presenterer den de tre domeneene for kognitive, affektive og atferdsmessige komponenter. Stereotypi kan defineres som en kognitiv forestilling om en sosial gruppe (ibid.). Fordommer knyttes til en negativ følelsesmessig reaksjon, bedømmning og holdning til en gruppe mennesker (ibid.). Fiske (1982 referert i Clore og Schanall 2005: 449) påpeker at vi kan ha sterke følelsesmessige reaksjoner overfor personer vi aldri har møtt ved å tenke på dem som medlemmer i en kategori som vi allerede har sterke følelser i mot. Diskriminering innebærer negativ atferd som går direkte ut over mennesker i en spesiell gruppe (ibid.). Denne studien fokuserer imidlertid på den kognitive komponenten stereotypi. Stereotypi betraktes som forenklete oppfatninger av andre mennesker og fungerer ofte som en ”negativ” merkelapp. Denne måten å se andre mennesker på gir trolig et feilaktig bilde av enkeltindivider som tilhører en gruppe som er annerledes enn en selv.

2.3.4 Behandlingsoptimisme

Optimisme betyr en positiv måte å se fremtiden og livet på (Riksmålsordboken). I studien dreier *Behandlingsoptimisme* seg om at helsearbeidere tror på at den behandling som gis er virksom (Richmond og Foster 2003: 395). En allmenn oppfatning består av at en person vil trenge behandling når han eller hun er syk. Å definere rusmiddelavhengighet som sykdom kan være både en fordel og en ulempe (jfr.2.1.1). Å definere en person som syk, medfører omsorg, sosiale ytelser og rett til behandling. Pasientrettigheter kan imidlertid ikke frigjøre pasienter fra eventuelle strafferettslige handlinger. Likevel vil det være lettere for mange, som har klart å komme seg bort fra rusmiddelproblemet å forsone seg med sin fortid som syk gjennom et sykdomsbegrep, enn å bli utsatt for forakt og sett på som ”kriminell” og ”sosiale avviker”. Men begrepet ”sykdom” kan muligens legitimere et rusmiddelbruk som fører til at personen ikke blir utsatt for krav om å legge om sin livsstil (Fekjær 2005).

2.3.5 Ikke moralisme

Denne dimensjonen handler, ifølge Richmond og Foster (2003: 395), om fravær av moraliserende perspektiv i betraktning av rusmiddelbruk og rusmiddelbrukere. Moral er en

utviklet regel om hva som er riktig og gal atferd, noe som er grunnleggende for bedømming av egen og andres atferd (Packer 2003: 9). Å moralisere er ikke positivt. Å ha problemer med rusmidler anses å være i strid med flertallets moralnormer og oppfattes som et problem av sosial, psykologisk og moralsk karakter. Dette gjenspeiles i både behandlingsideologi og strafferettslig lovgivning. Tidligere kunne personer med rusmiddelproblemer bli bortvist og utstøtt fra samfunnet (Thorsrud 2000). I følge Ravndal (2001: 10-12), eksisterer *behandlingsmoralisme* eller *renovasjonstanker* fortsatt overfor disse personene. Det vil være problematisk å vise pasienter at årsakene til deres rusmiddelproblemer knyttes til deres moralske valg. I ekstreme tilfeller kan "moral" bli en sannhet som *ekskluderer* og *standardiserer* (Hylland Eriksen 2004: 124). Slik kan "moral" utstøte noen samfunnsgrupper – eksempelvis rusmiddelbrukere – fra samfunnets gode fellesskap. Forøvrig hevder Hylland Eriksen (ibid.) at "*intet samfunn er så totalitært at alternative livssyn og verdier blir helt utryddet*". Det vil derfor være umulig å få alle mennesker til å leve sunt eller fritt for rusmiddelproblemer, etter hva "eksperter" som helsearbeidere sier og mener.

2.4 Oppsummering

Dette kapittelet presenterer bakgrunnsforståelser og teorier. I den første delen er rusmiddelproblemer i fokus. Flere forståelsesperspektiver blir presentert. Presentasjonen omfatter hvordan behandlingsideologi og generelt syn på dem som har rusmiddelproblemer gjennom årene blir utviklet. Ulike begrepsbruk i rusmiddelfeltet, inkludert rusmiddelproblemer, har heller ikke vært plettfrie. Uklarhet knyttet til begrepsbrukene kan skape misforståelse og påvirke studiens resultater. I den andre delen presenteres relevante holdningsteorier. Relasjonen mellom holdning og atferd har i seg selv vært et forskningstema, og flere forskere har forsøkt å beskrive hvordan holdning og atferd har betydning for hverandre. Men denne relasjonen er ikke i studiens hovedmål. Til sist blir fem holdningsdimensjoner i SAAS; *Toleranse*, *Intervensjonsvilje*, *Ikke stereotypi*, *Behandlingsoptimisme* og *Ikke moralisme* beskrevet. Når analysedelen i oppgaven tar for seg et sett av ulike holdningspåstander overfor pasienter med rusmiddelproblemer, er det først og fremst for å kartlegge det generelle inntrykk og for å identifisere og avdekke sammenheng mellom holdning og demografiske faktorer som yrke, utdanning og erfaring.

3.0 METODE

I dette kapittelet vil det bli redegjort for framgangsmåten som er brukt i undersøkelsen. Utvalget blir presentert. Det vil videre redegjøres for datainnsamling og databehandling. Spørreskjemaet som er brukt, beskrives. Undersøkelsens reliabilitet, validitet og generaliserbarhet blir her også trukket fram.

3.1 *Kvantitativ metode*

For å kunne besvare problemstillinger, ble det gjennomført en tverrsnittsstudie (survey). I den forbindelse ble data innhentet om en avgrenset gruppe helsearbeidere på et gitt tidspunkt ved hjelp av en spørreskjemaundersøkelse distribuert per post. Et standardisert spørreskjema med standardiserte svaralternativ var blitt brukt, fordi det muliggjorde undersøkelse av et stort antall enheter og egnet seg til å undersøke forhold som kunne tallfestes. Kvantitativ metode tar sikte på måling, der hensikten er å tallfeste et fenomen (Ringdal 2001: 159). Fra tidligere teorier og forskninger ble studiens forskningsproblemstillinger avledet (Ringdal 2001: 106). Fremdriften i studien var i tillegg mer av deduktiv karakter. Dette hadde resultert i en forskningsmodell og tilhørende antagelser som ved hjelp av kvantitativ metode skulle bli søkt klarlagt, bekreftet og eller avkreftet. Denne studiens fokus lå på å avdekke generelle eller typiske mønstre i datamaterialet. Det var dermed prøvd systematisk og statistisk å gi et generelt, tallmessig bilde av hvilke selvrapporterte holdninger helsearbeidere hadde til pasienter med rusmiddelproblemer og hvorvidt helsearbeideres holdninger hadde sammenhenger med ulike sider av helsearbeideres bakgrunn. Studiens måling av holdninger var i denne forbindelsen avhengig av en operasjonell definisjon fra instrumentet SAAS. I tillegg var det ønsket å gi bredde og mulighet for å generalisere resultatene (Bjørndal og Hofoss 2004: 31).

3.2 Utvalg

Ved statistiske undersøkelser skilles det mellom *populasjon* og *utvalg*. Populasjon er ifølge Bjørndal og Hofoss (2004: 34) alltid avgrenset til *de som en er interessert i* eller *alle som hypotesen sa noe om*. Det er disse en ønsker at undersøkelsens resultater skal gjelde for. Et utvalg er den gruppen av individer som undersøkelsen faktisk omfatter. Vanligvis innebærer utvelgelsesmetoden en inndeling i to grupper; *ikke- sannsynlighetsutvelgelse* og *sannsynlighetsutvelgelse*. Et sannsynlighetsutvalg innebærer at alle enheter i populasjonen skal ha en kjent sannsynlighet for å komme med i utvalget. Et slikt utvalg vil alltid være statistisk representativt for populasjonen. Generalisering av funn fra *ikke- sannsynlighetsutvalg* kan være mulig, men utvalget er uansett ikke statistisk representativt.

Av både praktisk og økonomisk årsaker, var det mest nærliggende å studere holdninger blant helsearbeidere i et tverrfaglig rehabiliteringsteam, ved Avdeling for ryggmargsskader og multitraumaer (RMM) ved SunHF.² Alle helsearbeiderne i klinisk arbeid (alle faggrupper) ved avdelingen ble dermed inkludert, og forespørsel om deltakelse i studien ble sendt ut ved hjelp av navnelister fra personal- og lønningskontoret ved SunHF. Følgende eksklusjonskriterier ble valgt: 1) Ansatte under 20 år, 2) Langtidssykemeldte og 3) Ansatte som ikke arbeidet i klinikk.

På den ene siden ble det strengt tatt ikke gjort noen utvalgsundersøkelser. Det ble kun gjort en studie av den aktuelle avdelingen, der hele populasjonen ble undersøkt. Muligens var det systematisk og ikke tilfeldig hvem som svarte eller ikke svarte, slik at svarene heller ikke er statistisk representative for avdelingen som helhet. *På den annen side* kan det tenkes at det finnes RMM- avdelinger rundt omkring i Norge, og at alle ansatte i disse avdelingene utgjør en teoretisk populasjon. Den enkelte RMM- avdeling kan da betraktes som en klynge og undersøkelsen av denne ene avdelingen som et klyngeutvalg. Det forutsettes da at de som jobber på RMM på SunHF utgjør et helt tilfeldig utvalg av de som

² SunHF er Norges største rehabiliteringssykehus, og landets eneste rehabiliteringsforetak. Sykehusets målgrupper er i stor grad personer som har skadet seg i ulykker eller som har ulike atraumatiske neurologiske sykdommer. På SunHF jobber et tverrfaglig team sammen om hver enkelt pasient.

Mens RMM avdeling på SunHF utgjør den eneste avdelingen for rehabilitering av ryggmargsskadde og multitraumatiserte, finnes det tre sentre for rehabilitering av ryggmargsskadde (spinalenheter) i Norge; SunHF, Haukeland sykehus og St. Olavs hospital.

jobbet i alle RMM- avdelinger i Norge. Ved å gjøre denne forutsetningen, kan studiens materiale betraktes som en sannsynlighets utvalgsundersøkelse. Statistiske beregninger utført som om utvalget var et ordinært sannsynlighetsutvalg, kan imidlertid legges til grunn for utsagn om populasjonen. Om man mener at forutsetningen overfor holder, tar alle nødvendige forbehold og utøver forsiktighet under tolkningen av resultatene.

Siden det var mange som svarte, er denne studien uansett en omfattende kartlegging av denne ene avdelingen som ble undersøkt. Svarene i undersøkelsen gir faktiske kunnskaper om holdningene til dem som svarte. Bortfallet i undersøkelsen var på 28,6 %. Det er ingen forhold som tyder på at frafallet i undersøkelsen hadde systematiske årsaker. Resultatene kan derfor med stor sannsynlighet generaliseres til å gjelde alle helsearbeidere på RMM avdeling på SunHF. Det er imidlertid ikke mulig innenfor rammene av denne studien, å vurdere hvor representativ denne avdelingen er for alle RMM-avdelinger på norske sykehus.

3.3 Beskrivelse av spørreskjema

Spørreskjemaet består av tre hoveddeler (Vedlegg 5).

- A. Demografiske data
- B. Vurdering av egen kompetanse
- C. Holdningsutsagn knyttet til pasienter med rusmiddelproblemer, basert på SAAS

Spørreskjemaet er først og fremst bygd opp av ”lukkede” spørsmål med svaralternativer. Kun tre spørsmål er ”åpne” og bare ett av disse gir mulighet for å få kommentarer og synspunkter i fritekst. Denne studien fokuserer på del A og C.

3.3.1 Demografiske data

Spørreskjemaet omfatter spørsmål om alder, kjønn, barn, statsborgerskap, utdanning, yrke, spesialist i yrke, yrkesansiennitet, ansiennitet fra SunHF, tidligere erfaring med pasienter med rusmiddelproblemer før SunHF, erfaring med pasienter med rusmiddelproblemer fra arbeidet på SunHF og deltakelse på ruskurs. Med unntak av spørsmål om hvor lenge respondenten har hatt sitt yrke og hvor lenge respondenten har jobbet i SunHF, er alle svarene utstyrt med faste svaralternativer. For spørsmål om utdanning og stillingsprosent er det mulig å spesifisere utover alternativene som allerede er oppgitt. Nedenfor beskrives

problemstillingens tre hovedbakgrunnsvariabler; *yrke, utdanning og erfaring*.

Yrke omfatter her; 1) yrke og 2) spesialist i yrke. Yrke er en uavhengig variabel på nominalnivå, mens spesialist i yrke er en dikotom variabel. Blant de 125 helsearbeiderne som var inkludert i denne studien var et mindre tall leger, psykologer, teamkoordinatorer, sosionomer eller pedagog. Derfor ble det valgt å samle disse yrkene i én kategori; *andre*. I spørreskjemaet foreslår dermed tre yrkeskategorier; *sykepleierpersonal, fysio- og ergoterapeut og andre*.

Utdanning er en uavhengig variabel som kan anses å være på nominalnivå og ordinalnivå, på grunn av at den også kan rangeres. Utdanning blir her delt i tre utdanningsnivå; fagskole, høyskole og universitet.

Erfaring omfatter både *yrkesansiennitet* og *ansiennitet fra SunHF*. Disse variablene er kontinuerlige. Videre omfatter erfaring *erfaring med pasienter med rusmiddel problemer* før respondentene begynte på SunHF (*før erfaring*) og erfaring med disse pasientene i arbeidet ved SunHF (*nåværende erfaring*). Til sist omfatter erfaring også *erfaring med ruskurs*. Disse variablene er kategoriske eller dikotome.

3.3.2 Holdningspåstander basert på SAAS

For å studere holdninger, ble de fem holdningsdimensjonene fra SAAS valgt, og 43 holdningspåstander ble oversatt til bruk i denne spørreundersøkelsen (oversatt til norsk og igjen fra norsk til engelsk av to personer). I oversettelsesprosessen ble justeringer og endringer foretatt av fire referansepersoner, og modifisert til det endelige spørreskjemaet (Vedlegg 5). Det ble stilt spørsmål ved enkelte holdningspåstander som syntes å gjenspeile særpregede amerikanske forhold eller å være utdaterte og som muligens ikke var velegnet for bruk i Norge idag. Ordet cannabis er valgt framfor marihuana, fordi cannabis også innebærer bruk av hasj og dermed er et mer dekkende begrep (Pinikahana *et al.* 2002).

Her følger korte beskrivelser av hver av dimensjonene (Chappel *et al.* 1985, Richmond og Foster 2003):

- 1) *Toleranse* (H1): Toleranse og aksept. Rusmiddelbruk og rusmiddelproblemer anses som en vanlig del av menneskelig atferd.
- 2) *Intervensjonstilstand* (H2): Fokus på tiltak rettet mot rusmiddelproblemer i behandlingssammenheng.

- 3) *Ikke- stereotypi* (H3): Å unngå anvendelse av vanlige sosiale stereotyper vedrørende rusmiddelbrukere og rusmiddelproblemer.
- 4) *Behandlingsoptimisme* (H4): Optimisme i forhold til behandling og rehabilitering, samt mulighet til å oppnå rehabiliteringsresultat.
- 5) *Ikke- moralisme* (H5): Mangel eller unngåelse av moralperspektivet overfor rusmiddelbrukere og rusmiddelproblemer.

Reliabiliteten av dette instrumentet ble tidligere testet til å være fra 0,63 til 0,77 (Chappel *et al.* 1985). Senere studier bekrefter også at instrumentet har tilfredsstillende validitet og reliabilitet (Chappel og Veach 1987, Gerace *et al.* 1995). SAAS er blitt brukt for å kartlegge holdninger, men har aldri vært ment å kunne beregne effekter av holdninger på behandling eller helsearbeideres handlinger. De 43 holdningspåstandene i SAAS blir på undersøkelsestidspunktet ansett å være relevante og å ha overføringsverdi. Helsearbeidere blir her bedt om å oppgi grad av enighet på en fempunkts Likert- skala. Svaralternativene er gradert slik; helt uenig (1), uenig (2), nøytral (3), enig (4) og helt enig (5). Noen holdningspåstander er stilt positive, mens andre er stilt negative. For å få til en felles presentativ sum for hver av de fem holdningsdimensjonene, ble det brukt en omregningstabell utarbeidet av Chappel *et al.* (Vedlegg 6). Ved hjelp av omregningstabellen ble tallene en til fem fra likert skala først omregnet for å gi poeng til den enkelte holdningspåstanden. Deretter ble alle poengene lagt sammen og regnet ut i en felles poengsum for hver dimensjon. Hver av disse ble til slutt omregnet til en sumskår (indeks) som varierer mellom 12–79 poeng i *Toleranse*, 3–73 poeng i *Intervensjonsvilje*, 3–74 poeng i *Ikke- stereotypi*, 6–68 poeng i *Behandlingsoptimisme* og 4–74 poeng i *Ikke- moralisme*. Sumskår ≥ 50 refererer til gjennomsnittsskår for en erfaren og kompetent helsearbeider, og indikerer en optimal holdning for et konstruktivt arbeid med denne pasientgruppen (Foster og Onyeukwu 2003: 579).

SAAS besto i utgangspunktet av 50 påstander, som etter faktoranalyse ble slått sammen i de fem holdningsdimensjoner. Jeg hadde bare tilgang til 43 av disse utsagnene, før jeg fikk tilsendt det opprinnelige skjemaet fra USA. Dette skjedde etter at spørreskjemaet var delt ut. Basert på omregningstabellen får imidlertid verken de sju påstandene som jeg først ikke hadde tilgang til, eller påstanden *Bruk av tunge rusmidler fører til en lavere levealder* noen poeng i omregningstabellen (tabell 4.11). Disse åtte påstandene har dermed ingen betydning for referanseverdien på 50.

3.4 Praktisk gjennomføring

3.4.1 Datainnsamling

Datainnsamlingen foregikk ved at spørreskjemaet sammen med informasjonsskriv og returkonvolutt ble sendt ut til utvalget ultimo november 2006. Et purrebrev med spørreskjema og returkonvolutt ble sendt ut medio desember 2006. 120 av de 125 skjemaene ble distribuert via det interne postsystemet på sykehuset, mens fem skjemaer, med vedlagt ferdig frankert konvolutt, ble sendt via eksternt post. Verken spørreskjemaet eller svarkonvolutten var nummerert. Skjemaene kunne returneres pr post eller pr internpost til studiens veileder ved Forskningsavdelingen i SunHF. Det ble opprettet en egen posthylle for prosjektet på sykehuset. 74 svar innkom fra den første distribusjonen og videre 16 svar etter purringen. Det siste spørreskjemaet ble mottatt 19. januar 2007. To av de innkommede svarene, dvs. to av 90 svar, svarte mangelfulle. I dataanalysen blir det derfor brukt svarene fra 88 respondenter. I spørreskjemaet er det hovedsakelig spørsmål av lukket type med faste svaralternativer, noen få er av åpen type. Det virker effektivt med faste svaralternativ, men det medfører samtidig at respondentene kan bli påtvunget en bestemt mening. Imidlertid blir det ikke utarbeidet veiledning for skjemautfylling.

3.4.2 Databehandling

Statistical package for the sosial science (SPSS) versjon 14 blir brukt for statistiske bearbeidelser av dataene. For å få beregne sumskår for de fem holdningsdimensjonene i del C, er det viktig at alle påstander blir besvart. Nedenfor presenteres en oversikt over manglende data på noen av de 43 holdningspåstander.

Tabell 3.1 Oversikt over manglende data på holdningspåstander i del C

Respondents nr.	Følgende spørsmål (spm) ble ikke besvart
38	Spm 39-310
49	spm 25
50	spm 21 og 24
52	spm 110
57	spm 54-510
63	spm 22
74	spm 38

SAAS krever opprinnelig at man fjerner ufullstendige besvarelser fra utvalget. Dette har trolig noe med at data da den gangen skulle kunne registreres med tellemaskin. På den måten blir ufullstendige besvarelser umulige å registrere. Manglende svar i del C (tabell

3.1) – med unntak respondent 57 – blir i denne studien likevel erstattet med svaralternativ ”nøytral” i henhold til Likert skala, for å kunne gjennomføre videre analyse.

3.5 *Dataanalyse*

Med unntak av siste spørsmål, ble alle svar kodet i en datamatrise, og statistiske analyser ble utført i SPSS.

Statistiske mål:

1. Å beskrive helsearbeideres holdninger til pasienter med rusmiddelavhengighet, basert på instrumentet SAAS.
2. Å undersøke sammenhengen mellom holdninger målt med SAAS og bakgrunnsvariabler; yrke, utdanning og erfaring hos en gruppe helsearbeidere.

Det ble foretatt både univariate, bivariate og multivariate analyser. Cronbachs alfa ble utført for å undersøke indre konsistens av de ulike holdningspåstandene i hver enkelt av SAASs holdningsdimensjoner. I tillegg blir signifikansnivået i denne studien definert som mindre enn 95 % ($p < 0,05$).

Univariate analyser brukes, ifølge Bjørndal og Hofoss (2004: 41), til å *fortette informasjon (fra rådata til frekvensfordelinger)*; til å *beskrive det typiske* og til å *beskrive variasjon*. Frekvenstabeller og grafiske fremstillinger er her brukt for å gi visuell oversikt over den tallmessige fordelingen av bakgrunnsvariabler og holdningspåstander. Frekvensfordeling er ifølge Bjørndal og Hofoss (ibid.) ”startområdet for all dataanalyse” og kan presenteres med absolutte tall eller prosentfordelinger. Her er gjennomsnitt (M) valgt for å beskrive det typiske med dataene (tyngdepunkt/sentraltendens) og videre er spredning/ variasjonsbredde (range), standardavvik (SD) og variasjonskoeffisient beskrevet.

Bivariate analyser brukes for å se på sammenhenger mellom to variabler, der framgangsmåten er avhengig av variablenes målenivå, samt å trekke slutninger om sammenhenger fra utvalg til populasjon. Ulike tester er brukt for å analysere sammenhenger mellom yrke, utdanning og erfaring, samt sammenhenger mellom bakgrunnsvariabler og holdningsdimensjoner.

Kjikkvadrat test (χ^2 - test) blir anvendt for å analysere sammenhengene mellom bakgrunnsvariabler på nominalnivå. Styrken på disse sammenhengene er gitt ved hjelp av phi (ϕ)

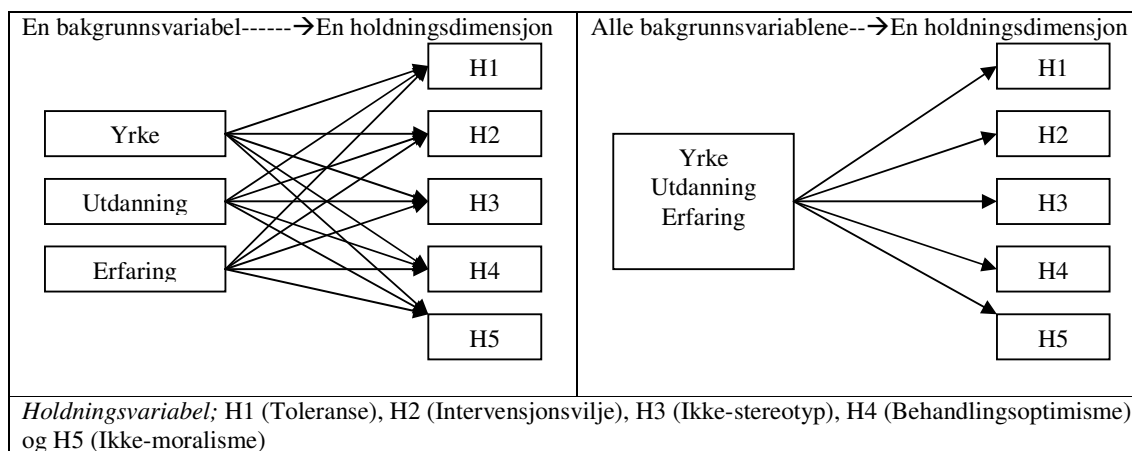
som skal variere mellom 0 og 1. Phi kan ha et negativt fortegn fordi phi da er identisk med pearsons korrelasjonskoeffisient og dermed tar fortegn fra denne (Ringdal 2001: 325-328). Jo nærmere Pearson r (korrelasjonskoeffisiensen) ligger mot en (pluss eller minus en), jo større sammenheng (positiv eller negativ) er det mellom variablene. *Uavhengig t-test* viser sammenheng mellom en uavhengig variabel på nominalnivå av to kategorier (nominal og/eller dikotom variabel) og en avhengig på metrisk nivå (variabler som ansiennitet og holdning), samt gjennomsnittsforskjeller i begge grupper i den uavhengige variabelen. r sier noe om hvor sterk sammenheng er (Field 2005: 302). Ifølge Cohen 1988, 1992 referert i Field (2005: 32-33) indikerer $r = 0,1$ en liten effekt, mens $r = 0,3$ en middelstor effekt og $r = 0,5$ indikerer en stor effekt. *F-test i enveis ANOVA* er brukt for å se på gjennomsnittsforskjeller i *holdningsdimensjoner* mellom mer enn to kategorier i en uavhengig variabel (yrke eller utdanning). Yrke er målt på nominalnivå, mens utdanning er målt på både nominal- og ordinalnivå. I variansanalysen blir informasjon om variabilitet i utvalget brukt for å bedømme om gjennomsnitt er signifikant forskjellig. Eta kvadrert (η^2) gir et abstrakt inntrykk av hvor stor forskjell i gjennomsnittskår, i hver holdningsdimensjon, det er mellom ulike grupper. η^2 fra 0,01 til $< 0,06$ er en liten effektstørrelse, fra 0,06 til $< 0,14$ er en middelstor effektstørrelse og $\geq 0,14$ er en stor effektstørrelse (Kinner og Gray 2004: 209). En Post-Hoc test, LSD (Least Significant Differanse), blir brukt for å finne ut hvilke gjennomsnitt i ulike grupper som er statistisk signifikant forskjellig fra de andre.

Bivariat lineær regresjonsanalyse blir brukt for å finne frem til helsearbeideres særtrekk som kan knyttes til deres holdninger til pasienter med rusmiddelproblemer. Den multiple korrelasjonskoeffisienten R^2 blir brukt som et mål på hvor god regresjonsmodellen er (Ringdal 2001: 400). R^2 gir et uttrykk for hvor stor andel av variansen i den avhengige variabelen kan forklares av variasjonen i forklaringsvariablene. Ifølge Kinner og Gray (2004: 324) indikerer $r^2 < 0,01$ ($< 1\%$) en liten effekt, mens $r^2 = 0,01$ til $0,10$ (1-10 %) indikerer en middelstor effekt og $r^2 > 0,10$ ($> 10\%$) indikerer en stor effekt.

Multivariate analyser, der Multiple regresjonsanalyser blir anvendt for å se på sammenheng mellom hver av holdningsdimensjonene og mer enn to bakgrunnsvariabler av gangen, samt for å kartlegge bakenforliggende sammenhenger til de fem holdningsdimensjonene (Bjørndal og Hofoss 2004: 29). Den lineære sammenhengen mellom en avhengig variabel og en eller flere uavhengige variabler blir estimert. R^2 er her modellens samlede forklaringskraft (Ringdal 2001).

3.5.1 Analysemodell

For å definere rammene til studien, ble det utviklet en foreløpig analysemodell.



Figur 3.1 Analysemodell

3.6 Verifisering

Verifisering bekrefter om forskningsresultater er til å stole på, og at forskningsarbeidet er av god kvalitet. Det er et samlebegrep som innbefatter de sentrale begreper; reliabilitet, validitet og generaliserbarhet (Kvale 1997: 159). Holdninger er, ifølge Ringdal (2001: 274), en psykologisk tilstand som *"i prinsippet bare kan verifiseres av respondentene"*.

Reliabilitet sier noe om hvor pålitelig undersøkelsen er. Reliabiliteten til et instrument kan forandres fra en undersøkelse til en annen, og beskriver egenskap ved instrumentet når det blir administrert til et gitt utvalg under en gitt kontekst (Ringdal 2001: 167-168). Det er to måter å måle reliabiliteten på. Den første går på nøyaktigheten av dataregistrering. Resultatet har høy reliabilitet eller pålitelighet dersom gjentatte målinger med det samme måleinstrumentet gir samme resultat. Den andre går på målingens konsistens. Cronbachs alfa er det mest kjente målet på målingens konsistens eller såkalt intern konsistens. Cronbachs alfa sier noe om styrken på sammenhengen mellom indikatorene, som i denne studien var de ulike påstandene i hver av de fem holdningsdimensjonene. Cronbachs alfa sier med andre ord noe om de ulike påstandene innen den samme dimensjonen måler det samme fenomen (Polit 1996: 447). Verdien på Cronbachs alfa ligger mellom 0-1, der verdier $\geq 0,70$ anses å være tilfredsstillende (Ringdal 2001: 358). Jo sterkere sammenheng og desto flere indikatorer, jo bedre blir reliabiliteten (ibid.: 168).

Oversettelse fra det originale instrumentet SAAS utgjør i seg selv en fare for å ødelegge noe av den interne konsistensen, fordi egenskaper ved studiens empiriske indikatorer kan ha forskjellige betydninger i norsk og amerikansk kultur, både begrepsmessige og innholdsmessige. Lavere Cronbachs alfa enn forventet kan være tegn på dette problemet. Et annet problem kan være at respondenter ikke svarte ærlig. Dette påvirker trolig nøyaktigheten av dataregistreringene. At denne studien hadde som en intensjon å ta vare på respondentens konfidensialitet, kunne forhåpentligvis gjøre det lettere for respondentene å gi ærlige svar.

Validitet dreier seg om *relasjon mellom indikator og teoretisk begrep* (Ringdal 2001: 168). Validitet sier noe om gyldigheten av en måling/undersøkelse. Validitet er *et uttrykk* for at det man faktisk ønsker å måle, blir målt (ibid.: 166). Det kan skilles mellom indre og ytre validitet (ibid.: 168). Indre validitet indikerer om man med stor trygghet kan si at det er de relevante faktorene som er målt i undersøkelsen, eller om det egentlig er andre faktorer som innvirker på forholdet som undersøkes. Ytre validitet sier noe om i hvilken grad resultatene i undersøkelsen kan generaliseres til andre sammenhenger. De aktuelle dataene er i stor grad relevante i forhold til studiens problemstillinger. Likevel kan ikke metodiske svakheter utelukkes. Et av validitetsproblemer i denne studien kan eksempelvis være at den operasjonelle og den teoretiske definisjonen ikke er i samsvar med hverandre. Samtidig er studiens validitet noe vanskelig å vurdere. Litteraturgjennomgang viser at resultater fra lignende studier ikke er helt entydige.

Generaliserbarhet av funnene handler om hvorvidt utvalget i denne studien er representativt. Et problem er faren for at utvalget avviker systematisk fra enhetene i den teoretiske populasjonen. I den grad de som svarte utgjorde et tilfeldig utvalg av alle ansatte, kan resultatene overføres til RMM ved SunHF som helhet og/eller andre tilsvarende avdelinger i henhold til den teoretiske populasjonen. Det kan da bli mulig å nå målet om å avdekke holdninger til pasienter med rusmiddelproblemer blant helsearbeidere på RMM avdelinger, samt å undersøke sammenheng mellom demografiske faktorer og de fem holdningsdimensjonene.

3.7 *Personvern og konsesjoner*

Å foreta en spørreundersøkelse på egen arbeidsplass bød på flere utfordringer. Respondentene ble bedt om å svare på spørsmål om sin bakgrunn. Her var det fare for at kollegaene vegret seg for å delta på spørreundersøkelsen av hensyn til anonymitet. Alle svar, inkludert purring, skjedde anonymt, og det var et høyt nivå av konfidensialitet ved videre bearbeiding og presentasjon av data. Dette etiske aspektet ble understreket i informasjonsskrivet. Skjemaene var oppbevart innelåst, slik at det kun var studiens veileder og student som hadde adgang til disse. Dataene ble registrert anonymisert på pc, slik at det ikke var mulig å spore tilbake til respondentene. Deltakelse i prosjektet var frivillig. Alle fikk tilsendt et skriftlig informasjonsbrev vedlagt i spørreskjemaet. Utover en eventuell psykisk påkjenning ved å delta, innebar deltakelse ikke risiko eller smerte. Respondentene ble bedt om å svare på spørsmål *så langt* det lot seg gjøre. Noen av respondentene unnlot å svare på enkelte demografiske spørsmål.

Det ble søkt Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Helse Øst, om etisk vurdering av studien. REK ga tilbakemelding om at denne type undersøkelse, uten pasienter, ikke trenger slik godkjenning. REK uttalte likevel at denne undersøkelsen vil være av positiv verdi (Vedlegg 1). Studien ble også meldt til og fikk konsesjon fra SunHFs personvernsombud (Vedlegg 2). Protokoll, spørreskjema og informasjonsbrev ble sendt til avdelingsleder for godkjenning før gjennomføringen (Vedlegg 3).

3.8 *Oppsummering*

I dette kapittelet presenteres metodologien som er brukt i studien, inkludert forskningsdesign, utvalg, instrument, gjennomføring, datainnsamling og analyse. Til sist diskuteres studiens kvalitet og etiske aspekter.

4.0 RESULTATER

Først presenteres de deskriptive resultatene for bakgrunnsvariablene og de fem holdningsdimensjonene i SAAS. Deretter resultatene, analysert ved hjelp av Kji-kvadrat, uavhengig t-test, enveis ANOVA, bivariat og multivariat regresjonsanalyse.

4.1 *Beskrivelse av utvalget*

Nedenunder følger en oversikt over variasjon i bakgrunn hos helsearbeidere som svarte på spørreskjemaet. Av 125 utsendte spørreskjemaene, ble 90 (72 %) returnert. Kun to av disse svarte ufullstendig. Derfor ble data fra 88 (71,4 %) respondenter brukt videre i analysene.

4.1.1 **Kjønns- og aldersfordeling**

Respondentenes kjønnsfordeling, var 85,2 % kvinner (n=75), 9,1 % menn (n=8) og 5,7 % (n=5) oppga ikke kjønn. Når det gjaldt respondentenes aldersfordeling, var det få i over 61 år (Tabell 4.1). Aldersgruppe 31–40 år var størst.

Tabell 4.1 *Aldersfordeling for utvalget (n= 88), vist i antall og %*

Alder (år)	N	%
20-30	20	23,0
31-40	27	31,0
41-50	21	24,1
51-60	17	19,5
61-70	2	2,3
Total	87	100
Ikke besvart	1	

4.1.2 **Utdanning, spesialistkompetanse og tillegg ruskurs**

I tabell 4.2 framstilles utdanningsnivå: universitet eller høyere, høyskole og fagskole. Respondentene ble også bedt om å svare ja eller nei vedrørende spesialistkompetanse og

eventuelt om de hadde deltatt på ruskurs. Flertallet av respondentene hadde høyskoleutdannelse. 30 % oppga at de hadde spesialistkompetanse. Litt under halvparten av respondentene hadde deltatt på ruskurs.

Tabell 4.2 *Utvalgets fordeling i utdanning, spesialistkompetanse og tillegg ruskurs, vist i antall og %, (n= 88)*

Variabler	Svaralternativer	N	%
Utdanning	Universitet, eller høyere	9	10,2
	Høyskole	54	61,4
	Fagutdannelse	25	28,4
Har du en spesialistkompetanse i ditt yrke? (spesialistkompetanse)	Nei	61	70,1
	Ja	26	29,9
	Ikke besvart	1	
Har du hatt noen kurs om rus og rusmisbruk? (ruskurs)	Nei	48	55,2
	Ja	39	44,8
	Ikke besvart	1	

4.1.3 Yrke og stillingsprosent

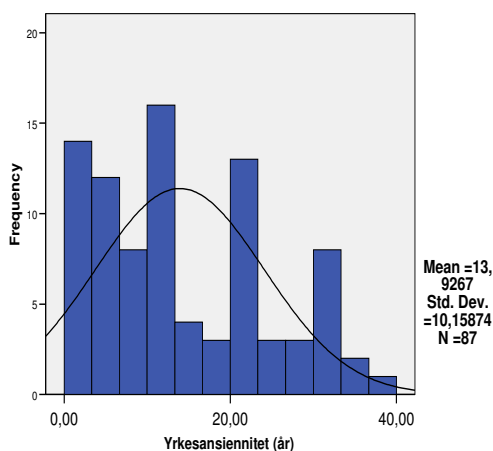
Tabell 4.3 viser respondentenes fordeling i tre ulike yrkeskategorier og deres stillingsprosent. Flertallet av sykepleiepersonale. Halvparten av respondentene jobbet i tilnærmet full stilling, en fjerdedel i 71–90 % stilling, mens resten hadde under 70 % stilling.

Tabell 4.3 *Utvalgets fordeling i yrke og stillingsprosent, vist i antall og % (n= 88)*

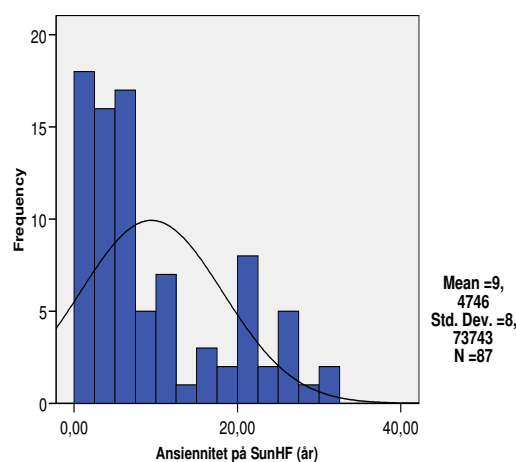
Variabler	Svaralternativer	N	%
Yrke	Fysio-/ ergoterapeut	13	14,8
	Sykepleiepersonalet	67	76,1
	Andre	8	9,1
Stillingsprosent	50-70	19	21,7
	71-80	15	17,0
	81-90	9	10,2
	91-100	45	51,1

4.1.4 Yrkesansiennitet og ansiennitet opparbeidet på SunHF

Respondentene hadde i gjennomsnittlig vært i sitt nåværende yrke i 13,9 år (SD =10,2, Range = 0,33-40) (figur 4.1), og de hadde jobbet på SunHF i gjennomsnitt 9,5 år (SD =8,7, og Range = 0,25-32 år) (figur 4.2). En fjerdedel av respondentene hadde kun jobbet på SunHF.



Figur 4.1 Yrkesansiennitet (år) for utvalget, vist normalkurve, gjennomsnitt og SD, (n=87).



Figur 4.2 Ansiennitet på SunHF (år) for utvalget, vist normalkurve, gjennomsnitt og SD, (n=87).

4.1.5 Jobberfaring før SunHF og nåværende erfaring fra SunHF

Tabell 4.4 viser at en fjerdedel av respondentene allerede hadde jobberfaring med pasienter med rusmiddelproblemer før de begynte på SunHF (tidligere erfaring). Samtidig var det en høy andel av respondentene (73,9 %) som hadde erfaring med pasienter med rusmiddelproblemer fra SunHF (nåværende erfaring).

Tabell 4.4 Utvalgets fordeling i jobberfaring før SunHF og nåværende på SunHF, vist i antall og % (n= 88)

Variabler	Svaralternativer	N	%
Hadde du jobberfaring med rusmisbrukere før SunHF? (tidligere erfaring)	Nei	64	72,7
	Ja	24	27,3
Har du nåværende erfaring med rusmisbrukere på SunHF? (nåværende erfaring)	Nei	23	26,1
	Ja	65	73,9

4.1.6 Uavhengige variabler

For å analysere helsearbeideres holdninger til pasienter med rusmiddelproblemer, ble det i henhold til problemstillingene, kontrollert for bakgrunnsvariabler som yrke, utdanning og erfaring (jfr. kap.3.3.1). På bakgrunn av de deskriptive analysene som tidligere ble presentert, ble noen bakgrunnsvariabler beholdt i videre analyse, mens variabler med stor skjevfordeling eller metodisk usikkerhet, blir utelatt. *Stillingsprosent* ble likevel ikke

vurdert som relevant, da stillingsprosentfordelingene siden ble funnet å være problematiske. Eksempelvis hadde enkelte spesielle stillingsprosenter som 80,25 % og osv. *Yrkesansiennitet* og *jobberfaring før* ble ikke tatt med i videre analyser da cirka en tredjedel av respondentene kun hadde jobbet på SunHF. Spesialistkompetanse ble utelatt siden relativt få hadde spesialistkompetanse. Spesialistkompetanse kan i seg selv tolkes forskjellig og innebære ulike spesialiseringer. Det var i tillegg skjevfordeling av kjønn og morsmål.

Som det framgikk av de deskriptive resultatene, ble følgende variabler beholdt; yrke, utdanning, ansiennitet fra SunHF, ruskurs og nåværende erfaring. Tabell 4.5 viser oversikt over variabler som ble omgjort til dummykoding for å brukes i regresjonsanalysen.

Tabell 4.5 Dummykoding av uavhengige variabler brukt i regresjonsanalyse, vist i antall og %, (n=88)

Variable	Kategori	N	%
Utdannelse (Utdann 1)	Faglært	25	28,4
	Høyere utdanning	63	71,6
Yrke (Yrke 1)	Sykepleiepersonalet	67	76,1
	Ikke sykepleiepersonalet	21	23,9
Ruskurs	Ja	39	44,3
	Nei	48	54,5
	Ikke besvart	1	1,1
Nåværende erfaring	Ja	65	73,9
	Nei	23	26,1

I tillegg til de ulike variablene presentert i tabell 4.5, ble den kontinuerlige variabelen *ansiennitet på SunHF* brukt i bivariate og multivariate analyser.

4.1.7 Korrelasjoner mellom ulike bakgrunnsvariabler

Tabell 4.6 viser en signifikant korrelasjon mellom yrke 1 og utdann 1. Yrke 1 hadde ingen sammenheng med ruskurs eller nåværende erfaring. Utdann1 og ruskurs hadde heller ingen sammenheng, mens utdann 1 og nåværende erfaring hadde signifikant sammenheng. Selv om ruskurs og nåværende erfaring ikke hadde en signifikant sammenheng, lå p-verdi likevel på grensen til 0,05 signifikansnivå.

Tabell 4.6 Korrelasjoner mellom grupperte variabler (yrke1, utdann1, ruskurs og nåværende erfaring), vist som kji-kvadrat, phi og p-verdi (n=88)

		Utdann1	Ruskurs	Nåværende erfaring
Yrke 1	Pearson Chi- Square Asymp. Sig. (2-tailed) Phi N	$\chi^2 = 10,95$ 0,001 $\phi = -0,35$ 88	$\chi^2 = 0,51$ 0,48 $\phi = 0,08$ 87	$\chi^2 = 0,08$ 0,78 $\phi = -0,03$ 88
Utdann 1	Pearson Chi- Square Asymp. Sig. (2-tailed) Phi N	-	$\chi^2 = 0,73$ 0,39 $\phi = -0,09$ 87	$\chi^2 = 3,48$ 0,06 $\phi = 0,20$ 88
Ruskurs	Pearson Chi- Square Asymp. Sig. (2-tailed) Phi N		-	$\chi^2 = 0,41$ 0,52 $\phi = 0,07$ 87

I tillegg til variablene i tabellen hadde sykepleiepersonale (M = 10,3 år, SE = 1,1) i gjennomsnitt arbeidet lenger ved SunHF enn det øvrige personalet (M = 6,9 år, SE = 1,5). Denne ulikheten var ikke signifikant (t (45) = -1,83, p = 0,073). Dette representerer en liten effekt (r= 0,26).

I gjennomsnitt hadde faglærte arbeidet lenger ved SunHF (M = 12,3 år, SE = 2,1) enn respondenter med høyere utdanning (M = 8,3 år, SE = 1,0). Denne forskjellen var ikke signifikant (t (35) = 1,70, p = 0,098). Dette representerer en liten effekt (r= 0,27).

I gjennomsnitt hadde respondenter som hadde erfaring med denne pasientgruppen fra SunHF (nåværende erfaring), arbeidet lenger ved SunHF (M = 10,9 år, SE = 1,1) enn de som ikke hadde slik erfaring (M = 5,6 år, SE = 1,5). Denne forskjellen var signifikant (t(50) = -2,86, p = 0,006). Dette representerer en middelstor effekt (r = 0,37).

De som hadde deltatt på ruskurs, hadde i gjennomsnitt arbeidet lenger ved SunHF (M = 10,2 år, SE = 1,3) enn de som ikke hadde det (M= 8,5 år, SE = 1,3), men forskjellen var ikke signifikant (t(84) = -0,95, p = 0,345). Dette gir en liten effekt (r= 0,1).

4.2 Beskrivelse av helsearbeideres holdning

Nedenunder presenteres helsearbeidernes svar på hver enkelt holdningspåstand. For å

kartlegge utvalgets holdninger til rusmidler og pasienter med rusmiddelproblemer, ble det først foretatt en frekvensanalyse av hver av de 43 holdningspåstandene (beliefs). Helsearbeidere anga grad av enighet i utsagnene på en femdelt skala (ordinal skala; 1-5), hvor 1 tilsvarer helt uenig, 3 er nøytral og 5 helt enig. I denne deskriptive analysen ble dette redusert til tre kategorier hvor 1 = 1 og 2, 2 = 3 og 3 = 4 og 5 for å gjøre det lettere å oppfatte hovedbudskapet. Noen av påstandene var formulert positivt ladet, mens andre var negativt ladet. Dette kan ses fra omregningstabell, der de som svarer som forventet får høyere poeng, selv om svaret er (helt) uenig. De påstandene der man forventer *uenighet*, blir markert ved bruk av *kursiv* i tabellene 4.7- 4.12.

4.2.1 Toleranse (H1)

10 av de 43 holdningsutsagnene tilhører denne holdningsdimensjonen, og fordeling av svarene er presentert i tabell 4.7

Tabell 4.7 Toleranse; grad av enighet, vist i antall og (%) for hver påstand, (n = 88)

Holdningspåstander	Uenig n (%)	Nøytral n (%)	Enig n (%)
1.1 Cannabis (dvs. Hasj og Marihuana) bør legaliseres.	78(88,6)	4(4,5)	6(6,8)
1.2 Bruk av cannabis blant tenåringer kan være normal og sunn eksperimentering.	81(92,0)	4(4,5)	3(3,4)
1.3 Personlig – eget bruk av alle rusmidler bør være legalisert når det skjer i private hjem.	79(89,8)	3(3,4)	6(6,8)
1.4 Daglig røyking av en enkelt cannabissigarett er ikke nødvendigvis skadelig.	67(76,1)	13(14,8)	8(9,1)
1.5 Tobakksrøyking bør være tillatt i videregående skoler.	73(83,0)	8(9,1)	7(8)
1.6 Det kan være normalt for en tenåring å eksperimentere med ulike rusmidler.	45(51,1)	19(21,6)	24(27,3)
1.7 <i>Personer som er dømt for salg av ulovlige rusmidler bør ikke få mulighet til prøvesløsatelse.</i>	30(34,1)	34(38,6)	24(27,3)
1.8 <i>Livsvarig avhold er et nødvendig mål i rehabilitering av alkoholisme.</i>	10(11,4)	21(23,9)	57(64,8)
1.9 <i>Når en pasient blir rusfri via rehabilitering, kan han /hun aldri igjen praktisere sosial bruk av rusmidler.</i>	6(6,8)	24(27,3)	58(65,9)
1.10 Foreldre bør lære sine barn om det å bruke alkohol	15(17,0)	21(23,9)	52(59,1)

Det er spesielt viktig å legge merke til utsagn 1.10 fordi hvor noen av respondentene kommenterte at dette spørsmålet var vanskelig å forstå. Dette spørsmålet blir stilt slik at det i utgangspunktet ble forventet uenighet. Resultatet viser at litt over halvparten av respondentene var enige i denne holdningspåstanden.

Så mange som 78 % av respondentene var uenige i at "cannabis bør legaliseres", og 92 % var uenige i at "bruk av cannabis blant tenåringer kan være en normal og sunn

eksperimentering”. 83 % var uenige i at ”tobakksrøyking bør være tillatt i videregående skoler”. Halvparten av respondentene var uenige i utsagnet ”det kan være normalt for en tenårings å eksperimentere med ulike rusmidler”. Tre fjerdedeler var uenige i påstanden om at ”daglig røyking av en enkelt cannabissigarett ikke nødvendigvis er skadelig”. To tredjedeler av respondentene var enige i at ”når en pasient blir rusfri via rehabilitering, kan han/hun aldri igjen praktisere sosial bruk av rusmidler”, og at ”livsvarig avhold er et nødvendig mål i rehabilitering av alkoholisme”. Det var delt enighet om påstanden om at ”personer som er dømt for salg av ulovlige rusmidler ikke bør få mulighet til prøveløslatelse”.

4.2.2 Intervensjonsvilje (H2)

Denne dimensjonen består av åtte holdningsutsagn.

Tabell 4.8 Intervensjonsvilje; grad av enighet, vist i antall og (%) for hver påstand, (n = 88)

Holdningspåstander	Uenig n (%)	Nøytral n (%)	Enig n. (%)
2.1 Leger som tidlig gir diagnosen alkoholisme øker sjansen for vellykket behandling.	2(2,2)	33(37,5)	53(60,2)
2.2 Deltagelse fra familien er en veldig viktig del av behandlingen av alkoholisme eller annen type rusavhengighet.	2(2,2)	7(8,0)	79(89,8)
2.3 Den beste måten en lege kan hjelpe alkoholikere og andre rusavhengige pasienter på, er ved å henvise dem til et godt rehabiliteringsprogram.	1(1,1)	15(17,0)	72(81,8)
2.4 Gruppeterapi er en viktig del av rehabiliteringen for alkoholisme og annen type rusavhengighet.	2(2,3)	25(28,4)	61(69,3)
2.5 Test med urinprøver kan være en viktig del av behandlingen for noen typer rusmisbruk.	2(2,3)	17(19,3)	69(78,4)
2.6 Langvarig behandling utenfor institusjon er nødvendig for rehabilitering av alle typer rusavhengighet.	5(5,7)	19(21,6)	64(72,7)
2.7 Når en alkoholiker eller en pasient med annen type rusavhengighet har sluttet fullstendig med rus og alkohol og heller ikke trenger medisin for dette, så er en videre kontakt med lege unødvendig.	73(83,0)	11(12,5)	4(4,5)
2.8 Alternative behandlere (f.eks. kiropraktikk, homøopati) kan gi effektiv behandling av alkoholikere og andre rusmisbrukere.	18(20,5)	62(70,5)	8(9,1)

Det er viktig å legge merke til utsagn 2.8. Med dette holdningsutsagnet forventes det i utgangspunktet uenighet fra respondentene, det vil si at jo mer uenig respondenten er, jo flere ”poeng” får vedkommende.

To tredjedeler av respondentene var enige i at leger som tidlig gir diagnosen alkoholisme øker sjansen for vellykket behandling. Majoriteten av respondentene var enige i at deltakelsen fra familien er en veldig viktig del av behandlingen av rusavhengighet. De fleste var positive til henvisning av pasienter med rusmiddelproblemer til et godt

rehabiliteringsprogram, urintest, langvarig behandling utenfor institusjon og gruppeterapi for disse pasientene. Derimot var mange av respondentene ikke enige i at videre legeoppfølging av pasienter som var ferdig med sine rusmiddelproblemer var unødvendig.

4.2.3 Ikke stereotypi (H3)

10 holdningspåstander tilhører denne dimensjonen (Tabell 4.9). Alle påstander blir stilt slik at det var forventet tendens til uenighet.

Tabell 4.9 Ikke stereotypi; grad av enighet, vist i antall og (%) for hver påstand, (n = 88)

Holdningspåstander	Uenig n (%)	Nøytral n (%)	Enig n. (%)
3.1 Mennesker som bruker cannabis, mangler stort sett respekt for autoriteter.	41(46,5)	31(35,2)	16(18,2)
3.2 Røyking fører til bruk av cannabis som videre fører til bruk av tyngre rusmidler.	66(75,0)	13(14,8)	9(10,2)
3.3 De som er velstelte og pent kledd, er sannsynligvis ikke rusmisbrukere.	84(95,5)	3(3,4)	1(1,1)
3.4 De som kler seg i hippielignende klær, bruker sannsynligvis rusmidler.	80(90,9)	5(5,7)	3(3,4)
3.5 Bruk av cannabis fører til psykiske problemer.	8(9,1)	37(42,0)	43(48,9)
3.6 Heroin er såpass vanedannende, at ingen kan fullstendig rehabiliteres etter at de er blitt avhengige.	50(56,8)	28(31,8)	11(11,4)
3.7 All bruk av heroin fører til avhengighet.	6(6,8)	29(33,0)	53(60,2)
3.8 Helgebruk av narkotika vil videreutvikle seg til narkotikamisbruk.	12(13,6)	24(27,3)	52(59,1)
3.9 Et sykehus er det beste stedet for rehabilitering av en alkoholiker eller personer med annen type rusavhengighet.	51(58,0)	30(34,1)	7(8,0)
3.10 Å nyte rusmiddel for å koble av i ny og ne, fører til rusmisbruk.	43(48,9)	25(28,4)	20(22,7)

I tabell 4.9 viser det at majoriteten var uenig i at klær eller måten personer kler seg på, kan si noe om deres rusmiddelbruk eller rusmiddelproblemer. Tre fjerdedeler var uenige i at røyking kan føre til bruk av tyngre rusmidler. Mens to tredjedeler var enige i at all bruk av heroin fører til avhengighet, var det bare 10 % som var enige i at heroin er så vanedannende, at ingen kan rehabiliteres etter at de er blitt avhengige. Litt over halvparten var uenige i at sykehus er det beste stedet for rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer. Bare 10 % var uenige i at bruk av cannabis fører til psykiske problemer.

4.2.4 Behandlingsoptimisme (H4)

Denne dimensjonen består av fem holdningspåstander (Tabell 4.10). Det er forventet enighet i de to første og uenighet i de tre siste påstandene.

Tabell 4.10 Behandlingsoptimisme; grad av enighet, vist i antall og (%) for hver påstand, (n=88)

Holdningspåstander	Uenig n (%)	Nøytral n (%)	Enig n (%)
4.1 Rusavhengighet er en sykdom som kan behandles.	3(3,4)	14(15,9)	71(80,7)
4.2 Alkoholisme er en sykdom som kan behandles.	3(3,4)	13(14,8)	72(81,8)
4.3 En alkoholiker eller person med annen type rusavhengighet som har hatt tilbakefall flere ganger, kan sannsynligvis ikke få vellykket behandling.	63(71,6)	18(20,5)	7(8,0)
4.4 De fleste alkoholikere eller andre rusavhengige pasienter er plagsomme pasienter å arbeide med.	56(63,6)	21(23,9)	11(12,5)
4.5 En alkohol- eller rusavhengig person kan ikke hjelpes før han eller hun har vært fullstendig og veldig langt nede.	68(77,3)	17(19,3)	3(3,4)

De fleste mente at både alkoholisme og rusavhengighet er sykdommer som kan behandles. Cirka tre fjerdedeler av respondentene var uenige i at ”person med rusmiddelproblemer, som har hatt tilbakefall flere ganger, sannsynligvis ikke kan få vellykket behandling”. I tillegg var mange uenige i at ”personer med rusmiddelproblemer ikke kan hjelpes før han eller hun har vært langt nede”. To tredjedeler var uenige i at ”pasienter med rusmiddelproblemer er plagsomme pasienter å arbeide med”.

4.2.5 Ikke moralisme (H5)

Tabell 4.11 Ikke moralisme; grad av enighet, vist i antall og (%) for hver påstand, (n = 88)

Holdningspåstander	Uenig N (%)	Nøytral n (%)	Enig n.(%)
5.1 En lege som har vært narkotikaavhengig bør ikke tillates å praktisere medisin igjen.	19(21,8)	33(37,9)	35(40,2)
5.2 Prester bør ikke drikke alkohol offentlig.	56(64,4)	20(23,0)	11(12,6)
5.3 Gateforhandlere av rusmidler er den første kilden til rusmidler for unge mennesker.	32(36,8)	33(37,9)	22(25,3)
5.4 Alkohol er såpass farlig at den kan ødelegge landets ungdom hvis den ikke kontrolleres av loven.	28(32,2)	30(34,5)	29(33,3)
5.5 Sterk konfrontasjon er nødvendig for behandling av alkoholikere og andre rusmisbrukere.	13(14,9)	28(32,2)	46(52,9)
5.6 Kroniske alkoholikere som nekter behandling, bør bli lovbestemt henvist til langvarig rehabilitering.	36(41,4)	38(43,7)	13(14,9)
5.7 Alkoholikere og andre rusmisbrukere bør kun behandles av spesialister i faget.	18(20,7)	22(25,3)	47(54,0)
5.8 Alkoholisme assosieres med en svak vilje.	59(67,8)	19(21,8)	9(10,3)
5.9 Bruk av tunge rusmidler fører til lavere levealder.	6(6,9)	11(12,6)	70(80,5)
5.10 Lovene som regulerer bruk av cannabis og heroin bør være de samme	17(19,5)	28(32,2)	42(48,3)

For alle påstandene i denne dimensjonen ble det forventet høy grad av uenighet. Det er en stor spredning i forhold til hvordan respondentene stilte seg til utsagnene. En høy prosent svarte "nøytral" til nesten alle utsagnene. Tre holdningsutsagn hadde høyere fordelingsprosent på enig. Litt over halvparten som var enige i at pasienter med rusmiddelproblemer bare burde bli behandlet av spesialister, og at sterk konfrontasjon var nødvendig for behandling av pasient med rusmiddelproblemer. To tredje deler var uenige i at "alkoholisme assosieres med en svak vilje". Cirka 20 % var uenige i at "en lege som har vært narkotikaavhengig ikke igjen bør tillates å praktisere medisin".

4.2.6 Indre konsistens

Cronbachs alfa til SAAS i tidligere studier, lå mellom 0,63 - 0,77 (jfr. kap.3.3.2). Tabell 4.12 nedenfor viser Cronbachs alfa til de fem dimensjonene i denne undersøkelsen.

Tabell 4.12 Cronbachs alfa for de fem holdningsdimensjonene i denne undersøkelsen

Dimensjon	Cronbach's alfa
Toleranse (10 påstander)	0,72
Intervensjonsvilje (8 påstander)	0,70
Ikke stereotypi (10 påstander)	0,70
Behandlingsoptimisme (5 påstander)	0,40
Ikke moralisme (10 påstander)	0,63

Legg merke til at Cronbachs alfa er lav for *Behandlingsoptimisme*.

4.2.7 Sammenligning av resultatene med den forventede verdi

Ifølge SAAS indikerer skår ≥ 50 poeng på hver av de fem dimensjonene en optimal holdning i forhold til et konstruktivt arbeid med pasienter som har rusmiddelproblemer (Foster og Onyeukwu 2003: 579). En verdi på 50 eller mer tilsvarer gjennomsnittspoeng for en erfaren og profesjonell utøver (ibid.). SD skal i denne forbindelsen være 10. For å se hvordan helsearbeideres holdninger i denne studien var, ble derfor resultatene sammenlignet med denne referanseverdien. Det ble først foretatt en frekvensanalyse av en felles skåring på hver av de fem holdningsdimensjonene. Ved hjelp av omregningstabellen (Vedlegg 6) ble hvert svar for den enkelte påstanden skåret og gitt poeng. Videre ble poengene summert i en felles skåring innenfor hver av de fem holdningsdimensjonene. Resultatene ble deretter behandlet som kontinuerlig data. Tabell 4.13 nedenfor gir en oversikt over gjennomsnitt (M), range, standardavvik (SD) og standardfeil (SE) for de ulike holdningsdimensjonene.

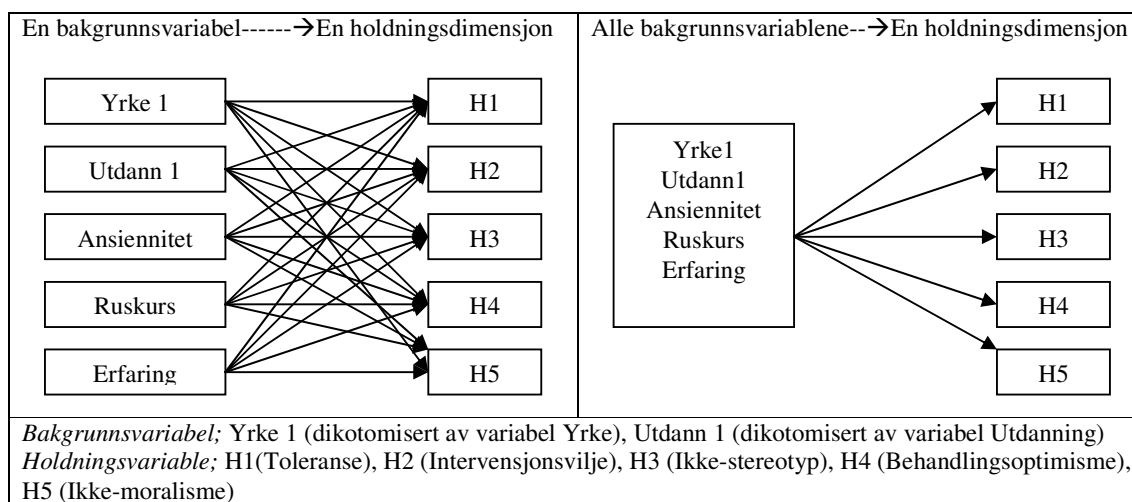
Tabell 4.13 Totalt sumskår for hver av de fem holdningsdimensjonene, vist som gjennomsnittsverdi (M), minimum-maksimum verdi (range), SD og SE.

Dimensjon	N	M	Range	SD	SE	Ikke besvart
Toleranse (H1)	88	32,59	13-62	9,53	1,02	0
Intervensjonsvilje (H2)	88	44,91	25-73	11,51	1,23	0
Ikke-stereotypi (H3)	88	43,50	16-61	8,85	0,94	0
Behandlingsoptimisme (H4)	88	43,27	24-68	9,93	1,06	0
Ikke-moralisme (H5)	87	40,69	14-68	10,07	1,08	1

Tabell 4.13 viser at “*Intervensjonsvilje (H2)*” har høyest gjennomsnittsverdi, hvor 30 respondenter skåret ≥ 50 . Lavest gjennomsnitt får “*Toleranse (H1)*”, hvor kun fem respondenter skåret ≥ 50 verdi. Gjennomsnitt for hver av de fem dimensjonene er mindre enn 50. SD varierer mellom 8,85 og 11,50, altså i nærheten av 10, og fordelingene anses å være normalfordelte. Omregningstabell viser at høyest skåring for *Toleranse (H1)* er 79, *Intervensjonsvilje (H2)* er 73, *Ikke- stereotypi (H3)* er 74, *Behandlingsoptimisme (H4)* er 68 og *Ikke- moralisme (H5)* er 74.

4.3 Betydning av bakgrunnsvariabler for holdning

Nedenfor presenteres en utvidet analysemodell fra figur 3.1 med de aktuelle bakgrunnsvariablene som tidligere blir presentert i kapittel 4.1.6.



Figur 4.3 En utvidet analysemodell

4.3.1 Yrke og holdning

Tabell 4.14 Holdningsdimensjoner sett i forhold til yrke (Enveis ANOVA), vist som gjennomsnitt, SD, F-verdi, p-verdi og eta kvadrert

Holdningsdimensjon	Yrke	N	M	SD	F-verdi	p-verdi	Eta-kvadrert
Toleranse (H1)	Fysio- og ergoterapeut	13	32,77	6,03	0,04	0,966	0,00
	Sykepleiepersonalet	67	32,46	10,48			
	Andre	8	33,38	5,37			
	Total	88	32,59	9,53			
Intervensjonsvilje ¹ (H2)	Fysio- og ergoterapeut	13	37,00	7,28	3,96	0,023*	0,09
	Sykepleiepersonalet	67	46,49	11,65			
	Andre	8	44,50	11,59			
	Total	88	44,91	11,51			
Ikke Stereotype (H3)	Fysio- og ergoterapeut	13	45,77	7,90	1,38	0,257	0,03
	Sykepleiepersonalet	67	42,64	9,24			
	Andre	8	47,00	5,63			
	Total	88	43,50	8,85			
Behandlingsoptimisme ² (H4)	Fysio- og ergoterapeut	13	38,38	6,45	3,40	0,038*	0,07
	Sykepleiepersonalet	67	44,78	10,51			
	Andre	8	38,63	4,47			
	Total	88	43,27	9,93			
Ikke Moralisme (H5)	Fysio- og ergoterapeut	13	41,62	9,96	1,11	0,336	0,03
	Sykepleiepersonalet	67	39,94	10,21			
	Andre	8	45,38	8,80			
	Total	87	40,69	10,07			

* Signifikant, $p < 0,05$

¹ Fysio- og ergoterapeut har signifikant forskjell (LSD test; $p < 0,006$) fra sykepleiepersonalet

² Fysio- og ergoterapeut har signifikant forskjell (LSD test; $p < 0,032$) fra sykepleiepersonalet

Sykepleiepersonalet skåret høyere enn de to andre yrkeskategoriene på *Intervensjonsvilje* og *Behandlingsoptimisme*, mens de derimot skåret lavere i de øvrige dimensjonene.

Sykepleiepersonalet skåret signifikant høyere enn andre på *Intervensjonsvilje* (H2) og *Behandlingsoptimisme* (H4). Gjennomsnittsskår i *Intervensjonsvilje* (H2) for andre og for fysio- og ergoterapeuter var lavere enn hos sykepleiepersonalet. Enveis ANOVA viser signifikant F på 0,05 nivå; $F(2, 85) = 3,96$; $p < 0,05$. $\eta^2 = 0,085$ (en middelstor effektstørrelse).

Gjennomsnittsskår i *Behandlingsoptimisme* (H4) for andre og for fysio- og ergoterapeuter var lavere enn hos sykepleiepersonalet. Enveis ANOVA viser signifikant F på 0,05 nivå; $F(2, 85) = 3,40$; $p < 0,05$. $\eta^2 = 0,074$ (en middelstor effektstørrelse).

4.3.2 Utdanning og holdning

Tabell 4.15 viser at det var signifikant forskjell mellom utdanning og *Intervensjonsvilje* (H2) og *Ikke-stereotypi* (H3). LSD viser at de faglærte hadde signifikant mer *positiv*

Intervensjonsvilje (H2) enn resten. Derimot skåret de med høyere utdanningsnivå klart bedre enn de faglærte på *Ikke-stereotypi* (H3). LSD viser markert forskjell mellom faglærte og universitetsutdannete på *Ikke-moralisme* (H5), men at denne forskjellen likevel ikke var signifikant i ANOVA. Faglærte skåret høyest på *Intervensjonsvilje* (H2) og *Behandlingsoptimisme* (H4), mens universitetsutdannete her skåret lavest. Derimot skåret universitetsutdannete høyest på *Ikke- stereotypi* og *Ikke- moralisme*.

Tabell 4.15 *Holdningsdimensjoner sett i forhold til utdanning (Enveis ANOVA), vist som gjennomsnitt (M), SD, F-verdi, p-verdi og eta kvadrert*

Holdnings-dimensjon	Utdanningsnivå	n	M	SD	F-verdi	P-verdi	Eta-kvadrert
Toleranse	Faglært	25	32,56	12,34	0,005	0,995	0,05
	Høyskole	54	32,56	8,60			
	Universitet og høyere	9	32,89	6,31			
	Total	88	32,59	9,53			
Intervensjons-vilje ¹	Faglært	25	50,80	11,07	5,10	0,008*	0,11
	Høyskole	54	42,81	11,20			
	Universitet og høyere	9	41,11	9,30			
	Total	88	44,91	11,51			
Ikke-stereotyp ²	Faglært	25	39,04	10,39	4,92	0,010*	0,10
	Høyskole	54	45,09	7,85			
	Universitet og høyere	9	46,33	5,64			
	Total	88	43,50	8,85			
Behandlings-optimisme	Faglært	25	45,20	11,48	0,66	0,521	0,02
	Høyskole	54	42,56	9,24			
	Universitet og høyere	9	42,22	9,71			
	Total	88	43,27	9,93			
Ikke-moralisme ³	Faglært	24	37,25	9,71	2,73	0,071	0,06
	Høyskole	54	41,39	9,87			
	Universitet og høyere	9	45,67	10,36			
	Total	87	40,69	10,07			

* Signifikant, $p < 0,05$

¹ Fagskole har signifikant forskjell (LSD test; $p = 0,004$) fra høyskole

Fagskole har signifikant forskjell (LSD test; $p = 0,026$) fra universitet

² Fagskole har signifikant forskjell (LSD test; $p = 0,030$) fra høyskole

Fagskole har signifikant forskjell (LSD test; $p = 0,004$) fra universitet

³ Fagskole har signifikant forskjell (LSD test; $p = 0,032$) fra universitet

Gjennomsnittsskår i *Intervensjonsvilje* (H2) for universitetsutdannete og høyskoleutdannete var lavere enn faglærte. Enveis ANOVA viser signifikant F på 0,05 nivå; $F(2, 85) = 5,10$; $p < 0,05$. $\eta^2 = 0,11$ (en middelstor effektstørrelse).

Gjennomsnittsskår i *Ikke- stereotypi* (H3) for universitetutdannete og høyskoleutdannete var høyere enn faglærte. Enveis ANOVA viser signifikant F på 0,05 nivå; $F(2, 85) = 4,92$; $p < 0,05$. $\eta^2 = 0,10$ (en middelstor effektstørrelse).

4.3.3 Ansiennitet fra SunHF og holdning

Tabell 4.16 Holdningsdimensjoner sett i forhold til ansiennitet fra SunHF (bivariat regresjons-analyse), vist som R^2 , Beta, F-verdi og p-verdi, ($n=87$)

Holdningsdimensjon	R^2	Beta	F-verdi	P-verdi
Toleranse (H1)	0,00	0,02	0,04	0,85
Intervensjonsvilje (H2)	0,02	0,20	1,92	0,17
Ikke- stereotype (H3)	0,02	0,14	1,76	0,19
Behandlingsoptimisme (H4)	0,06	0,28	5,46	0,022*
Ikke- moralisme (H5)	0,00	0,01	0,01	0,91

* Signifikant, $p < 0,05$

Tabell 4.16 viser at ansiennitet fra SunHF kun har betydning på behandlingsoptimisme (H4), og den representerer en middelstor effekt.

4.3.4 Nåværende erfaring (erfaring) og holdning

Tabell 4.17 Holdningsdimensjoner sett i forhold til nåværende erfaring på SunHF (uavhengig t-test), vist som gjennomsnitt, SD, SE, t-verdi, frihetsgrad (df) og p-verdi

Holdningsdimensjon	Erfaring	N	M	SD	SE	T	df	P-Verdi
Toleranse (H1)	Nei	23	30,35	6,87	1,43	-1,32	86	0,191
	Ja	65	33,38	10,23	1,27			
Intervensjonsvilje (H2)	Nei	23	43,39	12,62	2,63	-0,73	86	0,465
	Ja	65	45,45	11,14	1,38			
Ikke- stereotypi (H3)	Nei	23	38,74	8,33	1,74	-3,15	86	0,002*
	Ja	65	45,18	8,46	1,05			
Behandlingsoptimisme (H4)	Nei	23	39,96	9,11	1,90	-1,89	86	0,062
	Ja	65	44,45	10,00	1,24			
Ikke- moralisme (H5)	Nei	23	36,39	8,62	1,80	-2,46	85	0,016*
	Ja	64	42,23	10,17	1,27			

* Signifikant, $p < 0,05$

De med erfaring skåret høyere på *Ikke- stereotypi* (H3) enn de uten erfaring ($t(86) = -3,15$; $p = 0,002$, 95 % KI er (-10,51, -2,28), hvor null er ekskludert). Dette representerer en middelstor effekt ($r = 0,32$).

De med erfaring skåret høyere på *Ikke moralisme* (H5) enn de uten erfaring ($t(85) = -2,46$; $p = 0,016$, 95 % KI er (-10,58, -1,11), hvor null er ekskludert). Dette representerer en liten effekt ($r = 0,26$).

4.3.5 Ruskurs og holdning

Tabell 4.18 Holdningsdimensjoner sett i forhold til ruskurs (uavhengig t-test), vist som gjennomsnitt, SD, SE, t-verdi, frihetsgrad (df) og p-verdi

Holdningsdimensjon	Ruskurs	N	M	SD	SE	t	df	P-verdi
Toleranse (H1)	Nei	48	33,06	9,43	1,36	0,34	85	0,733
	Ja	39	32,36	9,63	1,54			
Intervensjonsvilje (H2)	Nei	48	43,83	11,35	1,64	-0,87	85	0,387
	Ja	39	46,00	11,79	1,89			
Ikke- stereotypi (H3)	Nei	48	44,58	9,53	1,38	1,22	85	0,227
	Ja	39	42,26	7,98	1,28			
Behandlingsoptimisme (H4)	Nei	48	41,15	10,18	1,47	-2,18	85	0,032*
	Ja	39	45,72	9,18	1,47			
Ikke- moralisme (H5)	Nei	48	41,31	10,20	1,47	0,69	84	0,492
	Ja	38	39,79	10,10	1,64			

* Signifikant, $p < 0,05$

Tabellen 4.18 viser en signifikant sammenheng mellom ruskurs og *Behandlingsoptimisme* (H4). De med ruskurs skåret høyere på *Behandlingsoptimisme* (H4) enn de som ikke hadde ruskurs ($t(85) = -2,18$; $p = 0,032$. 95 % KI er (-8,75, -0,40), hvor null er ekskludert). Dette representerer en liten effekt ($r = 0,23$).

Av de som svarte, var det 48 (54,5 %) som hadde deltatt på ruskurs, mens 39 (44,3 %) ikke hadde det. Respondenter som hadde ruskurs skåret generelt høyere enn andre for *Intervensjonsvilje* (H2) og *Behandlingsoptimisme* (H4).

4.3.6 Bivariat og multippel regresjonsanalyse

Tabell 4.19 Bivariat og Multippel lineær regresjon med regresjonskoeffisiens (95 % konfidensintervall), p-verdi og R² for uavhengige bakgrunnsvariabler i forhold til SAASs holdningsdimensjoner for utvalget; helsearbeidere

SAAS	Variabler N		Bivariat regresjonsanalyse			Multippel regresjonsanalyse		
			koeffisients (95% CI)	p-verdi	R ²	koeffisients (95% CI)	P-verdi	R ²
H1	Yrke1	88	-0,54 (-5,30 til 4,23)	0,823	0,00	-0,42 (-5,64 til 4,80)	0,872	0,02
	Utdann1	88	0,04 (-4,46 til 4,54)	0,985	0,00	-0,54 (-5,71 til 4,64)	0,837	
	Ansiennitet	87	0,02 (-0,21 til 0,26)	0,846	0,00	0,02 (-0,24 til 0,29)	0,878	
	Erfaring	88	3,04 (-1,54 til 7,61)	0,191	0,02	3,31 (-1,75 til 8,36)	0,197	
	Ruskurs	87	-0,70 (-4,78 til 3,38)	0,733	0,00	-0,93 (-5,15 til 3,29)	0,661	
H2	Yrke1	88	6,64 (1,06 til 12,21)	0,020*	0,06	3,45 (-2,49 til 9,38)	0,251	0,15
	Utdann1	88	-8,23 (-13,37 til -3,09)	0,002*	0,11	-7,85 (-13,73 til -1,97)	0,010*	
	Ansiennitet	87	0,20 (-0,09 til 0,48)	0,169	0,02	0,01 (-0,30 til 0,31)	0,970	
	Erfaring	88	2,06 (-3,51 til 7,62)	0,465	0,01	3,39 (-2,36 til 9,14)	0,245	
	Ruskurs	87	2,17 (-2,78 til 7,12)	0,387	0,01	1,20 (-3,60 til 6,00)	0,619	
H3	Yrke1	88	-3,60 (-7,96 til 0,76)	0,105	0,03	-1,87 (-6,24 til 2,50)	0,395	0,22
	Utdann1	88	6,23 (2,27 til 10,20)	0,002*	0,10	5,32 (0,99 til 9,64)	0,017*	
	Ansiennitet	87	0,14 (-0,07 til 0,36)	0,188	0,02	0,19 (-0,03 til 0,41)	0,088	
	Erfaring	88	6,45 (2,38 til 10,51)	0,002*	0,10	4,53 (0,30 til 8,76)	0,036*	
	Ruskurs	87	-2,33 (-6,13 til 1,48)	0,227	0,02	-2,26 (-5,80 til 1,27)	0,205	
H4	Yrke1	88	6,30 (1,52 til 11,08)	0,010*	0,07	5,20 (0,14 til 10,27)	0,044*	0,17
	Utdann1	88	-2,70 (-7,35 til 1,96)	0,253	0,02	-0,77 (-5,79 til 4,26)	0,762	
	Ansiennitet	87	0,28 (0,04 til 0,52)	0,022*	0,06	0,15 (-0,11 til 0,41)	0,242	
	Erfaring	88	4,50 (-0,23 til 9,21)	0,062	0,04	3,64 (-1,27 til 8,54)	0,144	
	Ruskurs	87	4,57 (0,40 til 8,75)	0,032*	0,05	3,73 (-0,36 til 7,83)	0,074	
H5	Yrke1	88	-3,11 (-8,11 til 1,89)	0,220	0,02	-2,31 (-7,52 til 2,90)	0,379	0,10
	Utdann1	88	4,75 (0,03 til 9,47)	0,049*	0,05	2,38 (-2,83 til 7,60)	0,366	
	Ansiennitet	87	0,01 (-0,23 til 0,26)	0,912	0,00	-0,02 (-0,28 til 0,25)	0,903	
	Erfaring	88	5,84 (1,11 til 10,58)	0,016*	0,07	5,01 (-0,04 til 10,07)	0,052	
	Ruskurs	87	-1,52 (-5,91 til 2,86)	0,492	0,01	-1,03 (-5,25 til 3,20)	0,631	

* Signifikant, $p < 0,05$

Tabell 4.19 viser ingen signifikante sammenhenger mellom bakgrunnsvariabler og toleranse (H1) verken i bivariate eller multivariate regresjonsanalyser.

Alle bakgrunnsvariablene i de bivariate analysene viser visse sammenhenger med de øvrige holdninger. Hvilken bakgrunnsvariabel som er signifikant, varierer fra holdningsdimensjon til holdningsdimensjon. Det bemerkes at nesten alle signifikante bakgrunnsvariabler varierer har middelstor effektstørrelse. Utdanning (utdann1) er imidlertid en statistisk signifikant forklaringsvariabel for *Intervensjonsvilje* (H2) og *Ikke- stereotype* (H3) med en effekt som ligger på grensen mellom middelstor og stor effektstørrelse. At yrke (yrke1) ikke forblir signifikant forklaringsvariabel for *Intervensjonsvilje* (H2) i multivariat analyse, kan muligens skyldes en spuriøs sammenheng mellom yrke (yrke1) og utdanning (utdann1). Resultatene viser videre at det er en signifikant negativ sammenheng mellom

utdanning (utdann1) og *Intervensjonsvilje* (H2). Det vil si at desto høyere utdanning, desto mindre *Intervensjonsvilje*. I henhold til *Ikke- stereotypi* (H3) forblir både utdanning (utdann1) og erfaring også signifikante i multippel regresjonsanalyse.

Yrke (yrke1), ansiennitet fra SunHF og ruskurs er signifikante forklaringsvariabler for *Behandlingsoptimisme* (H4) i de bivariate analysene. Hver av disse har en middelstor effekt. I multivariat analyse forblir kun yrke signifikant.

Ikke- moralisme (H5) viser at variablene utdanning (utdann 1) og erfaring i bivariate analyser, ikke lenger er signifikante i multivariat analyse. Årsaken er antagelig modellen som er valgt, for multippel regresjon har med i hvilke rekkefølger variabler er tatt inn.

4.4 Oppsummering

Man har forsøkt å måle helsearbeideres holdninger til pasienter med rusmiddelproblemer ved hjelp av holdningsdimensjoner fra instrumentet SAAS. Resultatene blir delvis som forventet. For den første problemstillingen viser resultatene samlet ingen spesifikk tendens foruten at respondentene generelt skåret lavere enn referanseverdien. Når det gjelder den andre problemstillingen, der enveis ANOVA og uavhengig t-test brukes, viser resultatene en viss grad av signifikante forskjeller for hver av de ulike bakgrunnsvariablene, avhengig av hvilken holdningsdimensjon det dreier seg om. Ingen av bakgrunnsvariablene har sammenheng med *Toleranse* (H1).

Bivariate og multiple regresjonsanalyser brukes. Få og svakt signifikante funn støtter generelle positive sammenhenger mellom uavhengige variabler og de fem avhengige holdningsvariablene, med unntak av en negativ sammenheng mellom utdanning og intervensjonsvilje. Imidlertid bemerkes det at det foreligger såkalte spuriøse sammenhenger mellom de ulike bakgrunnsvariablene. I tillegg varierer effektstørrelse av de ulike bakgrunnsvariabler på holdningene mellom liten og middelstor effekt.

5.0 DISKUSJON

I denne delen vil studiens resultater og metode diskuteres. Diskusjonene vil i stor grad være basert på sentral litteratur og studier som er tidligere beskrevet, samt statistiske resultater. Det vil være uunngåelig å ikke ta med annen relevante litteratur i tillegg til det som allerede er nevnt, på grunn av kompleksiteten ved studiens forskningstema.

5.1 *Hvilke holdninger har helsearbeidere?*

Resultatene viser at gjennomsnittskår for alle de fem holdningsdimensjonene er signifikant lavere enn referanseverdien.

Studien beskriver helsearbeideres holdninger til pasienter med rusmiddelproblemer, ved å undersøke SAASs fem holdningsdimensjoner; *Toleranse*, *Intervensjonsvilje*, *Ikke stereotyp*, *Behandlingsoptimisme* og *Ikke moralisme*. Sumskår på 50 poeng eller mer i hver av de fem dimensjonene tilsvarer gjennomsnittskår til en erfaren og kompetent helsearbeider med optimal holdning. En slik sumskår indikerer et konstruktivt arbeid/samarbeid med den aktuelle pasientgruppen (Foster og Onyeukwu 2003: 579). I henhold til denne beskrivelsen av referanseverdien kan det være naturlig å tolke at sumskår ≥ 50 indikerer en *positiv* holdning, mens sumskår < 50 indikerer en *mindre positiv/negativ* holdning når man velger å se resultatene i lys av tidligere publiserte studier, særlig de som bruker SAAS.

Internasjonalt viser ulike resultater når det gjelder helsearbeideres holdninger til pasienter med rusmiddelproblemer, både målt SAAS og målt med andre instrumenter. Det meste innen internasjonal og norsk litteratur har påpekt at helsearbeidere generelt har negativ holdning til pasienter med rusmiddelproblemer. Man mener at dette ofte medfører negative konsekvenser for arbeidet og samarbeidet med denne pasientgruppen (Chappel og Veach 1987, McLaughlin og Long 1996, Todd *et al.* 2002, Ding *et al.* 2005). En studie utført av Pinikahan *et al.* (2002) viser eksempelvis et unntak. De demonstrerte at helsearbeidere i en psykiatrisk avdeling i Victoria, Australia hadde positive holdninger til disse pasientene.

Richmond og Foster (2003) brukte SAAS for å måle holdninger blant helsearbeidere innen fagfeltet psykiatri, og de fant en gjennomsnittskår på litt over 50 for *Ikke- stereotypi* og litt under referanseverdien for *Toleranse* når det gjaldt holdning til pasienter med såkalt dobbeltdiagnose. Foster og Onyeukwu (2003) fant også at sykepleiere i rettsmedisin i London skåret optimalt på *Toleranse*, mens de ellers skåret lavere enn referanseverdien for de andre holdningsdimensjonene.

I Norge påpeker legeforeningen i rapport "På helse løs" (2006) den generelle negative holdningen i det norske helsevesenet som pasienter med rusmiddelproblemer ofte møter når de oppsøker helsehjelp. I boka *Brev til minister*, som bygger på brev fra pasienter og pårørende innen feltene psykiske helse og rusomsorg, skrevet til tidligere helseminister Ansgar Gabrielsen, får man høre om *uverdighet, tvang, krenkelse, respektløshet, dårlig oppfølging, ensomhet og fattigdom* (Vaaland 2007). Budskapet i denne boken er først og fremst en oppfordring om å ta disse pasientene og deres pårørende på alvor, samt å respektere deres verdighet som mennesker (ibid.:74). Man slutter her seg til at holdning tillegges betydning for "*erkjennelse og handling*", som Asheim (1997: 20) hevder. I en positiv holdning ligger "*et grunnleggende ja til mennesker som medmennesker*", sier Asheim (1997: 296). Helsearbeideres holdning vil derfor være av stor betydning.

Asheim (1997: 19) framhever betydningen av "*det å se og ikke å se*" om helsearbeideres holdninger til pasienter, og Eagly og Chaiken (1993: 1) understreker betydningen av "*en psykologisk tendens som kommer til uttrykk ved å evaluere et bestemt objekt til å ha en viss grad av positiv eller negativ verdi*". Disse betydningene vil i studien være begrenset til det brukte verktøyet (spørreskjemaet), hvor de 43 holdningspåstandene kun utgjør noe av det hele komplekset av helsearbeideres holdninger til pasienter med rusmiddelproblemer. TRA og TPB viser eksempelvis kompleksiteten når det gjelder sammenhengen mellom holdning og atferd (jfr.kap.2.2.4). Selv om en del litteratur påpeker at helsearbeideres negative holdning kan skape en barriere for å iverksette nødvendige helsehjelp, er det likevel viktig å understreke at resultatene fra den aktuelle undersøkelsen på ingen måte kan brukes som grunnlag for å klage på respondentene og deres arbeid med disse pasientene. Resultatene indikerer først og fremst en generell tendens. En reflekterer videre over om medmenneskelige og helsefaglige perspektiver, samt om lover, reformer og føringer fra myndighetene og deres intensjoner gjenspeiles i eller har hatt betydning for studiens resultater.

Sammenligning av studiens resultater med andre studier (målt med og uten SAAS), har tildels vært problematisk. Å sammenligne resultatene med verdien på 50 innebærer likevel begrensninger. En mulig begrensning kan eksempelvis være at de ulike holdningspåstandene i SAAS er utdatert og er de først og fremst utviklet for amerikanske helsearbeidere. De 43 påstandene i SAAS er sannsynligvis ikke optimale i dagens situasjon og ikke for norske forhold. De mulige kulturelle forskjeller har sannsynligvis innvirkning på studiens resultater (Moodley- Kunnie 1988 referert i Selleck og Ryddning 1998). Om dette var tilpasset slik beskrevet over, ville resultatene kanskje vist en mer positiv holdning. På grunn av sammensatte faktorer er det vanskelig å trekke en sikre konklusjon som alene er basert på studiens referanseverdi. Det vil være problematisk å si at respondentene er mindre erfarene og mindre profesjonelle, og jobber mindre konstruktivt med disse pasientene. Per i dag foreligger det ikke konsensus, verken internasjonalt eller nasjonalt, om hvilke kriterier som bør ligge til grunn for å kunne karakterisere helsearbeideres holdninger til denne pasientgruppen. Både i teori og praksis kan ønsket om en slik overensstemmelse være vanskelig å realisere. Basert på resultatene fra kap. 4.0 skal de vesentlige trekkene for de ulike holdningspåstandene diskuteres. Rangering fra høyeste til laveste gjennomsnittskår i studien er følgende; *Intervensjonsvilje (H2)* (44,91), *Ikke stereotypi (H3)* (43,50), *Behandlingsoptimisme (H4)* (43,27), *Ikke moralisme (H5)* (40,69) og *Toleranse (H1)* (33,66).

5.1.1 Toleranse (H1)

På denne dimensjonen skårer helsearbeidere ved RMM i gjennomsnitt lavest.

Flere funksjoner av de funksjonelle holdningsteoriene kan antageligvis bidra til fornuftige forklaringer når det gjelder helsearbeideres *toleranse* til pasienter med rusmiddelproblemer (jfr.kap 2.2.5). Med en lavere gjennomsnittskår enn referanseverdien, kan resultatet tolkes på ulike måter. Siden ulike påstander i tabell 4.7 synes å omfatte straff og aksept, kan helsearbeidere, eksempelvis i henhold til *nyttefunksjon* ved å tilegne seg akseptable holdninger, få dekket sine viktige behov, for eksempel i henhold til en sterk helsefaglig profil, og unngå straff. I tillegg er det en usikkerhet rundt gyldigheten av denne referanseverdien. Videre er ikke alle rusmidler og bruken av disse illegale, men bruk og besittelse av illegale rusmidler (narkotika) er uansett straffbart i Norge. Det europeiske overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (EONN 2003: 41) konkluderte i sin Årsrapport 2003 med at holdninger til narkotika ikke var "homogen" i de europeiske land.

Studiens resultater framkommer at de fleste var uenige i at cannabis burde legaliseres (88,6 %), at det var normalt og sunt for ungdommer å eksperimentere med cannabis (92,0 %) og at det ikke var skadelig med kun en cannabissigarett per dag (76,1 %). Det kan derfor med god grunn tolkes at de fleste respondentene var *restriktive*. Resultatene bør likevel ses i tråd med at det i Norge er forbudt å innføre, omsette, oppbevare og bruke narkotika, og illegal bruk av legemidler. En intensjon med den norske narkotikapolitikken er å forhindre at flere personer eksperimenterer med narkotika og rekrutteres til rusmiljøer, og med særlig fokus på barn og unge (Helse- og omsorgsdepartementet 2007). Respondentenes holdninger kan være påvirket av den norske narkotikapolitikken.

Avkriminalisering og legalisering er, ifølge MacCoun og Reuter (2001, referert i Hauge (2004: 37), to narkopolitiske alternativer. Avkriminalisering betyr ikke bare at straff for bruk og besittelse til eget bruk av rusmidler skal fjernes, men også at det skal være tilgang til hjelpemidler som for eksempel sprøyter (ibid.). Legalisering bidrar til at narkotiske rusmidler på lovligvis er tilgjengelige for brukerne (ibid.). En minst mulig skadende narkotikapolitikk bør, ifølge MacCoun og Reuter (ibid.), være formålet. MacCoun og Reuter (ibid.) hevder at avkriminalisering, som eksempelvis "coffee shops" i Nederland, ikke bidrar til å øke antall brukere eller forbruk, men derimot fører til færre og mindre skader for brukerne, samt en økonomisk besparelse for samfunnet. Et annet eksempel ble lovlig heroin på resept for narkomane, kombinert med metadonbehandling, utlevering av sprøyter og egne sprøyterom innført i Sveits i 1991 (Hem 2007). Nordt og Stohler (2006) fant at antallet heroinbrukere i Sveits ble betydelig redusert etter at landet hadde gjennomført skadereduksjonsmodellen og legalisering av heroinbruk i behandling. Nordt og Stohler (2006) mente at denne Sveitsiske modellen skapte et negativt image av heroinbruk som gjorde at dette ble sett som mindre attraktivt for ungdommer .

Derimot mener Tingstein (2008) i Landsforbundet Mot Stoffmisbruk (LMS) at heroin på resept er "*et feilspor*", fordi dette kan oppfattes som å gi opp de med rusmiddelproblemer og hele deres familie. Tingstein (ibid.) understreker at LMS aldri har møtt en som ikke ønsket å komme seg ut av rusmiddelproblemer. Også Den Norske Legeforening (2006) mener at en restriktiv rusmiddelpolitikk i Norge må videreføres. Foreningen begrunner dette med at økt tilgjengelighet bidrar til økt bruk, og dermed økt omfanget av helsemessige skader knyttet til rusmiddelbruken (ibid.). Denne oppfatningen deler legeforeningen dermed med LMS. Legeforeningen (2006: 10) påpeker at ny kunnskap viser en

sammenheng mellom bruk av cannabis og utvikling av alvorlige psykiske lidelser. Det er fortsatt motstridende oppfatninger om legalisering og avkriminalisering av illegale rusmidler, særlig knyttet til visse rusmidler i pasientbehandlingen i Norge. Per i dag har vi avkriminalisering i form av subutex- og metadonbehandling, samt sprøyterom i Norge.

Litt over halvparten (59,1 %) var enig i at foreldre bør lære barna sine om alkoholbruk. De senere år har samfunnsforskningen vist sammenhenger mellom foreldres alkoholvaner og ungdommens rusmønstre (Henriksen 2000). I en ungdomsundersøkelse utført av Midt-Norge kompetansesenter for rusfaget, ble samtlige ungdommer mellom 13 og 16 år spurt om sin bruk av alkohol, og foreldrenes reaksjoner på rusmiddelbruken. Blant dem som ikke trodde at foreldrene ville bry seg, drakk 65,5 % av jentene og 48,3 % av guttene seg fulle sammenlignet med 10,1 % av jentene og 8,1 % av guttene som trodde at foreldrene ville by seg (Bergerud *et al.* 2004: 22). I tillegg viste det seg at mer enn 15 ganger så mange jenter prøvde hasj blant dem med liberale foreldre, kontra dem med strengere foreldre (*ibid*). Samfunnsforskning viser i stor grad at det drikkes mer alkohol i land som har en liberal alkoholpolitikk enn i land som er mer restriktive (Schancke 2004: 38). Imidlertid har jeg ikke funnet studier som faktisk undersøker sammenheng mellom ”det at foreldre lærer sine barn om alkoholbruk” og ”barnas alkoholbruk”.

Når det gjelder påstanden om prøveløslatelse av personer som blir dømt for salg av ulovlige rusmidler, var en fjerdedel enige (27,3 %), mens en tredjedel var nøytrale (38,6). Fra flere faglige og politiske hold ønsker man å gjøre noe for å få økt fokus og prioritering av helse framfor den ensidige kontrollen i fengslene (Tyristikka 2004: 21).

Det har vært vanskelig å trekke en tydelig konklusjon om denne holdningsdimensjonen. At studiens resultat er lavere enn referanseverdien på 50, kan det ut fra det norske forholdet i seg selv være hensiktsmessig. En studie av Veach og Chappel i 1990 viser at leger som tidligere hadde rusmiddelproblemer, skårer helt klart lavest på *Toleranse*, og lavere enn leger som ikke har rusmiddelproblemer. Kanskje er helsearbeideres holdninger som støtter restriksjon og grensesetting egentlig positivt og konstruktivt for pasientene, men dette kan ikke bekreftes ut fra studiens resultater. I tillegg kan det også settes spørsmålsteget om holdningsdimensjon *Toleranse* i SAAS har vært en god indikator eller ikke.

5.1.2 Intervensjonsvilje (H2)

Denne dimensjonen får høyeste gjennomsnittskår.

Intervensjonsvilje omhandler helsearbeideres evner til å legge merke til rusmiddelproblemer i behandlings- og intervensjonskontekst, samt helsearbeideres vilje til å iverksette tiltak (Foster og Onyeukwu 2003: 579, 581). At rusmiddelproblemer anses som *særomsorgsproblemer* som helsearbeidere i hovedsak ikke regner til sitt ansvarsområde, er antakeligvis en av barriereene mot intervensjon og behandling, særlig i en tidlig fase (Sosial- og helsedirektoratet 2007: 21).

Omtrent 2/3 av respondentene er enige i at dersom leger gir diagnosen alkoholisme tidlig, øker sjansen for vellykket behandling. Tidligere forskning har understreket betydning av tidlig intervensjon (jfr. kap.2.3.2). Tidlig diagnosetidspunkt, uansett rusmiddel, er sannsynligvis et godt utgangspunkt for tidlige tiltak (Nesvåg *et al.* 2007: 16). Tidlige tiltak kan igjen være et godt grunnlag for positive konsekvenser, som reduksjon i rusmiddelbruk, nedgang i sykehusdager og nedgang i nye tilfeller av helseskader (ibid.).

De aller fleste av respondentene (89,8 %) er enige i at deltakelse fra familien er en viktig del av behandlingen av pasienten med rusmiddelproblemer. Ut fra studiens resultater kan det tolkes at pårørende blir sett av respondentene som ressurs for denne pasientgruppen. Mangel på relasjon til familie er, ifølge Brattvåg (2006: 18), en årsak til at de som tigger penger i Oslo vender tilbake til sitt rusmiddelmisbruk.

Urintest oppfattes av de fleste (78,4 %) som et viktig tiltak i behandlingen av pasienter med rusmiddelproblemer, og dette er i bruk på RMM. Spørsmål er her om hvordan helsearbeidere videre skal forholde seg til resultater fra prøver. Bruk av urintesten kan, ifølge Anne Schillinger (1998), skilles i to ulike fokus, nemlig "*rusfritt liv*" eller "*rein prøve*". Man kan tenke at det eksisterer flere måter å manipulere prøven på for å få en ren prøve. Om urintesten skal brukes som et hjelpemiddel til pasienter med rusmiddelproblemer for å holde seg *rusfri*, er det, ifølge Schillinger (ibid.) ønskelig. Det motsatte skjer dersom pasienten ikke ønsker seg en rusfri tilværelse.

De fleste av respondentene (72,7 %) mener at langvarig behandling utenfor institusjon er nødvendig for rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer. Selv om personen har sluttet med rusmiddelbruk og ikke lenger trenger medisin for det, mener mange (83,0 %) at videre oppfølging fra legen er nødvendig. Resultatene fra denne dimensjonen bør være av

interesse, særlig på administrativt nivå med tanke på tverrsektorielt samarbeid i tillegg til klinisk relevans. I tillegg vil det være viktig å ha pasientenes syn på dette.

På den annen side hevder Lappalainen-Lehto *et al.* (2005: 1017) at hindringer for intervensjon ikke kommer av negativ holdning, men derimot av mangel på tid og ferdigheter. Selv om helsearbeidere kan ha positiv *intervensjonsvilje*, betyr dette likevel ikke at de alltid kan være i stand til å intervenere (*ibid.*). Imidlertid blir kompleksiteten og graden av relasjon mellom *Intervensjonsvilje* og atferd som tidlig intervensjon, ikke undersøkt i denne studien.

En studie utført av Veach og Chappel i 1990 viser at leger som tidligere hadde rusmiddelproblemer, helt klart skårer høyere på *Intervensjonsvilje* og *Behandlingsoptimisme* enn leger som ikke har hatt rusmiddelproblemer. Stein (2003) studerte holdninger blant sosialfaglige studenter, og fant også at de studentene som kjenner noen med rusmiddelproblemer skårer høyere på *Intervensjonsvilje* og *Behandlingsoptimisme* enn de som ikke har slike bekjenskaper. En mulig forklaring på dette kan være at slike erfaringer øker helsearbeideres forståelse av hvordan de, for pasientenes beste, bør *forholde seg til* denne pasientgruppen. Selv om studiens gjennomsnittsskår er lavere enn referanseverdien, er det likevel positivt at *Intervensjonsvilje* får høyest skår. Dette resultatet bekrefter ytterligere betydningen av denne dimensjonen i samsvar med resultatene fra studier som er utført av Veach og Chappel (1990) og Stein (2003).

5.1.3 Ikke stereotypi (H3)

Stereotypi bidrar til at unikhhet hos den enkelte blir oversett. Fra en holdningsteori er stereotypi en kognitiv forestilling av en sosialgruppe (Ottati *et al.* 2005: 727). Negativ stereotypi vil ifølge denne teorien være forut for diskriminering (*ibid.*). For å bekjempe diskriminering i en behandlingssammenheng vil det derfor være viktig for helsearbeidere å erkjenne sine inngående og forutinntatte holdninger til pasienter med rusmiddelproblemer. I lyset av Katzs egobeskyttende funksjon kan det på en annen side tenkes at pasienter også kan ha stereotype holdninger til helsearbeidere. Dette kan bety at de nettopp, for å forsvare seg selv, blir mer skeptiske til og reserverer seg mot helsearbeidere. Dette kan ytterligere forringe et eventuelt positivt inntrykk av denne pasientgruppen.

I en studie gjennomført av Langer og Abelson i 1974, referert i Ottati *et al.* (2005: 731), ble terapeuter vist en videofilm av en mann i en intervju situasjon. Halvparten av terapeuter

ble fortalt at mannen var ”en psykiatrisk pasient”, mens den andre halvparten ble fortalt at mannen var ”en jobbsøker” (ibid.). Resultatet viste at terapeutene som trodde mannen var en psykiatrisk pasient, mente at mannen var mer forstyrret under intervjuet, sammenlignet med de som trodde mannen var jobbsøker. Et lignende resultat ses i en studie, av Rosenhan i 1973, også referert i Ottati *et al.* (2005: 731). Rosenhan og hans kollega ble innlagt i en psykiatrisk avdeling ved å late som om de hadde diagnosen ”schizofreni”. Selv om de oppførte seg som vanlig, ble de likevel oppfattet som ”forstyrret” (ibid.). Disse studiene viser tydeligvis at ”negativ merkelapp” gir negativ virkning på den eller de merkelappen gjelder for.

I denne studien skiller det ikke mellom kjønn, alder og etnisitet på pasientene. Det kan tenkes at det kanskje ville finnes større variasjoner i svarene om studien skilte pasienter med rusmiddelproblemer i ulike grupper. Eksempelvis viser Wormnes og Skutle (1999: 33-37) til en rekke studier som har funnet ut at kvinner med rusmiddelproblemer møter sosiale konsekvenser som å miste jobb, venner, familie og barn fortere enn menn. Dette blir sett som en konsekvens av de stereotype samfunnsholdningene (ibid.). Stereotypi som knyttet til kjønnsrolleforventninger kan blant annet hemme kvinner i å søke hjelp (ibid.).

Rehabilitering er et begrep som anvendes i ulike medisinsk fagfelt, også i rusmiddelfeltet. Litt over gjennomsnitt (58,0 %) er uenige i at et sykehus er det beste stedet for rehabilitering av pasienter/personer som har rusmiddelproblemer. Det er vanskelig å vite hvorvidt våre respondenter oppfatter at dette spørsmålet er tilknyttet generelt rusmiddelrelaterte rehabiliteringsopphold i sykehus eller om de tenker at dette primært dreier seg om rehabiliteringsopphold tilsvarende det man har ved SunHF. Vedrørende det siste punktet, kan man tenke seg at et større antall av helsearbeidere ikke oppfatter SunHF som det beste stedet for rehabilitering av pasienter med rusmiddelproblemer. Om denne tolkningen er riktig, vil en utfordring være å finne nødvendige tiltak for å gjøre SunHF til et bedre sykehus for denne pasientgruppen.

Respondentene ser ut til å ha tendens til en negativ stereotypi i forhold til rusmiddelbruk. Bare 9,1 % er uenige i at bruk av cannabis fører til psykiske problemer, 6,8 % er uenige i at all bruk av heroin fører til avhengighet og 13,6 % er uenige i at helgebruk av narkotika vil videreutvikle seg til narkotikamisbruk. Trefjerde deler av respondentene er uenige i at røyking fører til bruk av cannabis som videre fører til bruk av tyngre rusmidler. I

holdningspåstandene om at heroin er såpass vanedannende, at ingen kan fullstendig rehabiliteres etter at de er blitt avhengige, viser resultatene en annerledes holdning. Det vil si at litt over halvparten, 56,8 % er uenige i disse påstandene. Men denne negative stereotypien betyr nødvendigvis ikke at det har foregått en form for systematisk feilvurdering. Dette kan på den annen side muligens indikere en faktisk kunnskap, hvor respondentene har tilstrekkelig kapasitet til å tolke informasjonen om disse pasientene. Nyere forskning tyder på at cannabis øker risiko for psykose og schizofreni (Brett 2007). Ellgren (2007) fant i sin studie at tidlig cannabisbruk kan øke sårbarhet for større rusmiddelproblemer som heroinavhengighet. I stor grad er det fare for at helsearbeidere med en slik oppfatning kan ha en tendens til å overse andre informasjonen som skaper unntak. Eksempelvis får vi av og til høre historier om pasienter som klarer å bli friske fra en alvorlig sykdom, der helsearbeidere allerede har gitt disse pasientene opp.

Tabell 4.9 viser at opptil 1/3 av helsearbeiderne har svart nøytralt, dvs. de ikke har klart å svare om de er enige eller uenige på mange av spørsmålene om *Ikke stereotypi*. Forklaring på dette kan være at respondentene ikke forstår spørsmålstillingen, eller at de ikke er sikre på hva de tenker og føler. Forhåpentligvis kan påstandene presentert i spørreskjemaet likevel bidra til å øke respondentenes bevissthet om dette fenomenet.

At helsearbeidere kan bære på stereotyper som etablerer forventning om hva som skal ses i gitte situasjoner, er sannsynlig. I SAAS er det den negative siden ved stereotypi som er i fokus. I stor grad kan språkbruken i spørreskjemaet gjenspeile stereotypi. En negativ stereotypi kan sannsynligvis være med på å prege hva helsearbeidere tror er mulig eller ikke mulig for den enkelte pasient. Uttrykk som "en gang narkoman, alltid narkoman", tilsier på mange måter at pasientene har liten eller ingen mulighet til å kunne endre seg. Helsearbeidere risikerer å bli fastlåst i denne negative stereotypien og dermed miste tro på noen positive endringer hos pasienter. På den annen side kan disse pasientene også protestere mot at de skal bære denne negative merkelappen livet ut.

5.1.4 Behandlingsoptimisme (H4)

Behandlingsoptimisme og *Intervensjonsvilje* blir i tidligere studier sett som viktige for et konstruktivt arbeid med pasienter med rusmiddelproblemer (Veach og Chappel 1990). Intern konsistens som Cronbachs alfa til denne dimensjonen viser seg imidlertid å være lavt. Dette kan skyldes for få holdningspåstander i denne dimensjonen. De fem

holdningspåstandene er preget av sykdomssyn på pasienter med rusmiddelproblemer. Behandlingsansvaret for denne pasientgruppen er overtatt av helsevesenet fra 1.januar 2004. Dette kan oppfattes som et mer snevret syn rettet mot sykdomsmodell, eller som en mer optimisme om at slike problemer lar seg behandle. Fordel med å definere rusmiddelrelatert tilstand som sykdom er at rusmiddelbrukeres personlige ansvar blir nedtonet.

Resultatene fra denne studien sier ikke noe om hvordan helsehjelp og behandlingstiltak oppleves eller er ønskelig fra pasientenes side. Forholdet mellom det å gi hjelp til pasientene på deres permisser og på den annen siden etter helsearbeideres optimistiske holdning, er sammensatt. Endret syn fra *sosial avviker* til *pasient med lovfestede rettigheter* er tema til debatt. Uansett er syn på rusmiddelproblemer et svært komplisert tema.

5.1.5 Ikke moralisme (H5)

I denne dimensjonen er litt over halvparten av respondentene uenige i to av holdningspåstandene (5.2 og 5.8), enige i to av påstandene (5.5 og 5.7), mens de øvrige påstandene viser store variasjoner.

Av respondentene er 40,2 % enige og 37,9 % nøytrale til at en lege som har vært narkotikaavhengige ikke bør tillates å praktisere igjen. Siden SAAS var utviklet i forbindelse med medisnutdanning, er det vel naturlig at fokus er lege som misbruk rusmidler. En lege som har misbrukt rusmidler i sin tjeneste og som dermed har mistet autorisasjonen, har rett til å søke disse rettighetene tilbake dersom vedkommende har klart å godtgjøre skikkethet og rusmiddelfrihet i to år (Hoddevik og Nygaard 2004). Studiens resultat viser på en måte at det foreligger en diskrepans mellom kollegaer og myndighets godkjenning som rettsliggjør at legen igjen i løpet av to år får praktisere medisin.

52,9 % er enige i at sterk konfrontasjon er nødvendig for behandling av denne pasientgruppen. I en intervjuundersøkelse som er gjennomført av Henriksen (2005: 28) om hvordan kvinner med rusmiddelproblemer opplever møter med helsearbeidere når rus blir et tema, er konfrontasjon en av hovedstrategiene som benyttes. Konfrontasjon kan, ifølge Henriksen (ibid.) deles i to måter. 1) Dersom kvinnene eller problemene blir lite verdsatt, kan konfrontasjonen oppleves negativt (ibid.). 2) Derimot om konfrontasjon er basert på en ekte interesse for vedkommende og hennes problemer, kan det oppleves positivt (ibid.). I den siste konfrontasjonsmåten kan kvinnene, ifølge Henriksen (ibid.) oppleve at helsearbeidere virkelig er opptatt av deres ve og vel. I tillegg har Henriksen

(ibid.) funnet at konfrontasjon uten faglig innhold tilpasset individets opplevelse av sine problemer, bidrar negativt for helsearbeideres faglige argumenter.

De aller fleste (80,5 %) er *enige* i at bruk av tunge rusmidler fører til en lavere levealder. Rusmiddelbruk har mange uheldige helsemessige og sosiale konsekvenser. Hvert år dør flere som kjent på grunn av overdose, og andre blir skadet av vold og ulykker, der rusmiddelbruk kan være en primær årsak.

2/3 av respondentene er uenige i at "alkoholisme assosieres med en svak vilje". Dette kan tolkes blant annet som tegn på mindre moralisme blant respondentene.

Holdningspåstanden om lovene som regulerer bruk av cannabis og heroin bør være de samme eller ei, er det bare få av respondentene, 19,5 % som er enige i, mens 48,3 % ikke er enige og 32,2 % svarer nøytralt. Mens noen få ønsker at Norge bør gå inn for legalisering av visse rusmidler, ønsker andre derimot at loven må forbli den samme, eller enda strengere. Her gjenspeiler det i stor grad at *moral* og *lov* er knyttet sammen. Faren med *moral* er, ifølge Hylland Eriksen (2004: 124), at den kan *ekskcludere* og *standardisere*. Personer med rusmiddelproblemer kan risikere å bli utstøtt fra samfunnets gode fellesskap.

5.2 Kan yrke, utdanning og erfaring ha betydning for helsearbeideres holdninger?

Ulike bakgrunnsvariabler har forskjellige statistiske betydninger på holdninger.

Flere ulike faktorer kan ha betydning for en holdning og hvordan den formes, dannes og endres. I problemstillingen antas det at ulike lærings- og sosialiseringprosesser som har betydning for helsearbeideres holdninger, kan oppstå mellom ulike yrkesgrupper, utdanninger og erfaringer. Videre antas det at yrke, utdanning og erfaring kan ha betydning for helsearbeideres holdninger til pasienter med rusmiddelproblemer. Det andre siktemålet med undersøkelsen er å få mer kunnskap om de enkelte bakgrunnsvariabler har mer betydning for holdninger enn andre. Noe av dette målet blir bekreftet gjennom funnene i studien. Resultater viser enkelte signifikante sammenhenger som ikke alltid kan gi en logisk fortolkning. Eksempelvis forventer man at noen bakgrunnsvariabler vil gi en positiv sammenheng, mens resultatet derimot, viser en negativ sammenheng. For eksempel kan man vente at respondenter med høyere utdanning vil skåre høyere enn andre på de fem

dimensjonene i SAAS, men dette stemmer ikke med resultatene fra denne studien. Det kan også være andre forklaringsvariabler som er viktige, og som ikke er inkludert i denne studien. I tillegg har tidligere studier på *bakgrunnsvariabler* og *deres sammenheng med holdning* gitt blandede resultater.

Som tidligere nevnt blir variabel "erfaring" også utvidet til ansiennitet fra SunHF, erfaring med denne pasientgruppen i arbeidet ved SunHF (nåværende erfaring) og deltakelse på ruskurs. Tabell 4.6 viser at noen av de ulike bakgrunnsvariablene er korrelerte med hverandre. Dette utgjør en såkalt spuriøs sammenheng som skyldes at korrelasjonen mellom to variabler påvirkes av en bakenforliggende tredjevariabel. Dette dreier seg trolig om komplisert samspilleffekt eller gjensidig påvirkning. Mulige feilkilder må dermed kontrolleres. Eksempelvis viser bivariat regresjon to signifikante sammenhenger mellom yrke og *Intervensjonsvilje*, og mellom utdanning og *Intervensjonsvilje*. Mens bare utdanning og ikke yrke i den multiple regresjon har signifikant sammenheng med *Intervensjonsvilje*. Dette kan nettopp skyldes den såkalte spuriøse sammenheng, hvor utdanning (se kap. 5.2.2) også viser seg til å ha betydning for sykepleiepersonalet.

5.2.1 Yrke

Resultatene fra enveis ANOVA viser signifikante sammenhenger mellom respondentenes yrke og holdningsdimensjoner; "Intervensjonsvilje" (H2) og "Behandlingsoptimisme" (H4). Sykepleiepersonalet skårer høyest på disse dimensjonene. I multivariat analyse, hvor variabel yrke dikotomiseres til "sykepleiepersonalet" og "ikke sykepleiepersonalet", viser kun positiv signifikant sammenheng mellom yrke og "Behandlingsoptimisme" (H4).

På SunHF jobber ulike yrkesgrupper i et tverrfaglig team som yter tverrfaglig og særfaglig helsehjelp. Tverrfaglighet sier noe om en samarbeidsform som er basert på ulike særfaglige tilnærminger. I det tverrfaglige samarbeidet kan det oppstå "uenighet" blant ulike yrkesgrupper i forhold til håndtering av problemstilling. Ulike fagprofesjoner har ulike former for filosofier, kunnskap, ferdigheter og verdier som de har tilegnet seg gjennom lærings- og sosialiseringssprosess i sin profesjonelle utdanning. Ulike faggrupper har også forskjellige roller og typer helsefaglige kontakter med pasientene (Caroll 1993: 710).

Litt i overkant av to tredjedeler av respondentene har ikke noen spesialistkompetanse i yrke. Siden det eksisterer forskjellige spesialiseringer, vil tallet til dem med spesialistkompetanse i rusmiddelfeltet være noe lavere enn 30%. At det finnes ulike spesialiseringer,

valgte studien derfor ikke å ta med denne variabelen i bivariate og multivariate analyser. En rekke studier har avdekket holdningsforskjeller mellom helsearbeidere med spesialistkompetanse innen rusmiddelfeltet og de som ikke har det, og viser at de med den aktuelle kompetansen generelt har en mer positiv holdning til denne pasientgruppen enn de uten en slik kompetanse (Chappel *et al.* 1985, Ding *et al.* 2005). Happell og Taylor (1999: 20) fastslår at sykepleiere som er spesialister i rusmiddelfeltet, også har en mer positiv holdning til pasienter med rusmiddelproblemer og kan se spesielle behov som disse pasientene har, enn sykepleiere uten spesialistkompetanse.

I tabell 4.15 fremgår det at den bivariate sammenhengen mellom *Intervensjonsvilje* og yrke ikke blir reproduisert med statistisk signifikante resultater i den multivariate analysen. Dette kan tolkes som at yrke ikke har noen klar selvstendig effekt på sannsynlighet for intervensjonsvilje etter at de andre uavhengige variablene som inngår i analysen er blitt kontrollert. Muligens kan endringen skyldes at den bivariate sammenhengen delvis er spuriøs med variabel utdanning. Derimot opprettholdes yrke (yrke1) den signifikante effekten på *Behandlingsoptimisme* i den multivariate analysen.

En rekke studier påpeker at yrkeskategorier kan være en faktor som kan ha betydning på helsearbeideres holdninger til pasienter med rusmiddelproblemer (Caroll 1993, Caroll 1995, Allto *et al.* 2001, Foster og Onyeukwu 2003, Richmond og Foster 2003, Roslind og Sell 2005). Allto *et al.* (2001) finner ut at leger er mer positive enn sykepleiere til å ta opp rusmiddelproblemer som alkoholproblemer med pasientene, og flere leger enn sykepleiere mener at tidligere intervensjon er en viktig del av deres arbeid. Funnene i denne studien viser muligens et annerledes bilde, der sykepleiepersonalet skårer høyest på *Intervensjonsvilje* og *Behandlingsoptimisme*. Men siden leger er blant flere andre yrkesgrupper i kategori *andre*, kan denne studien strengt tatt ikke uttale seg om legenes holdninger til denne pasientgruppen. Sykepleiepersonalet er den største gruppen og utgjør cirka to tredjedeler av staben av studiens helsearbeidere. Resultatene kan på mange måter påvirkes av dette. Om det var andre yrkesgrupper; psykolog, fysioterapeut, ergoterapeut, osv. som utgjorde den største gruppen, ville resultatene sannsynligvis være noe annerledes.

Resultater fra studien til Foster og Onyeukwu (2003) viser at sykepleiere har en mer positiv holdning enn hjelpepleiere. I denne oppgaven skilles det ikke mellom ulike yrkesgrupper i sykepleiepersonalet. Sykepleiepersonalet omfatter både faglært og høyere

utdanning. Om man kontrollerer variabel yrke med utdanning, gir denne studien litt annerledes resultatet fra studien utført av Foster og Onyeukwu (2003). For de som er faglærte, vil det bety at de ikke er sykepleiere, men hjelpepleiere eller omsorgsarbeidere. Resultatene fra tabell 4.15 viser signifikante forskjeller mellom de ulike utdanningsnivåene og holdningsdimensjonene; *Intervensjonsvilje* og *Ikke- stereotypi*. De faglærte skårer signifikant høyest på *Intervensjonsvilje*, men signifikant lavest på *Ikke stereotypi*. Dette kan i stor grad tolkes dit hen at hjelpepleiere og omsorgsarbeidere er mer positive i forhold til *Intervensjonsvilje* og mer *stereotypiske* enn sykepleiere og andre helsearbeidere.

Det er fornuftig å anta at forklaring fra ”yrkeskategorier” kan være et indirekte resultat av ”utdanningsnivå”, og mest sannsynlig har betydning for de ulike gruppene i sykepleiepersonalet. Hvorvidt studiens resultat er et uttrykk for holdning påvirkes av yrkeskategorier, eller om det skyldes utdanningsnivå i seg selv, er det så langt vanskelig å gi et tydelig svar på.

5.2.2 Utdanning

Resultatene fra enveis ANOVA viser signifikante sammenhenger mellom respondentenes utdanning og ”*Intervensjonsvilje*” (H2) og ”*Ikke- stereotypi*” (H3). Faglærte skårer signifikant høyest på ”*Intervensjonsvilje*”(H2), men signifikant lavest på ”*Ikke-stereotypi*” (H3). Resultatene fra multivariate analyser, hvor variabel utdanning dikotomiseres til lavere enn høyskole og fra høyskole og oppover, viser fortsatt signifikante sammenhenger mellom utdanning (dikotomisert) og ”*Intervensjonsvilje*” (H2) og ”*Ikke- stereotypi*” (H3).

Variansanalysen viser at det er signifikante forskjeller mellom ulike grupper i variabel utdanning på holdningsdimensjoner; *Intervensjonsvilje* og *Ikke- stereotypi*. LSD viser en signifikant sammenheng at de faglærte tydeligvis er mer positiv holdning i forhold til *Intervensjonsvilje* enn ansatte med høyskole og universitetutdanning. Derimot viser det at de med høyere utdanning helt klart har et høyere gjennomsnittsskår på *Ikke- stereotypi* enn de faglærte. Bivariat regresjon, hvor utdanning dikotomiseres, viser en signifikant sammenheng mellom utdanning og *Ikke- moralisme*. De med høyere utdanning skårer også høyere på *Ikke- moralisme*. Men denne bivariate sammenhengen mellom utdanning og *Ikke- moralisme* blir ikke reproduisert med statistisk signifikante resultater i den multivariate analysen. Det kan tolkes at utdanning ikke har noen klar selvstendig effekt på

sannsynlighet for *Ikke- moralisme* etter at de andre uavhengige variablene som inngår i analysen er blitt kontrollert.

Utdanning og yrke er signifikant korrelert. Dette gir dermed en spuriøs sammenheng som vil vanskeliggjøre tolkninger av resultatene. En forklaring kan være at måte og innhold i ulike utdanninger er yrkesrettede. Ulike helsefaglige yrkesgrupper har sin særfaglighet. Variabel utdanning kan i tillegg ha å gjøre med utdanningsnivå. Utdanning ser ut til å ha betydning for sykepleiepersonalet, fordi de andre yrkesgruppene vanligvis har utdannelse på høyskole eller universitet, mens hjelpepleiere og omsorgsarbeidere har fagskole. I tillegg er utdanning og erfaring signifikant korrelert. Flere av helsearbeidere med høyskole- og universitetsutdanning har erfaring med denne pasientgruppen i arbeidet ved SunHF enn de med fagskoleutdanning.

Imidlertid ser det ut som om positiv holdning ofte hører sammen med tilstrekkelig informasjon og kunnskap (Bullock 2002: 53). Det er derfor nærliggende å tro at positiv holdning vil økes i takt med økt utdanningsnivå. Studiet utført av Walsh (1989) viste at høyere utdanning påvirket positivt på stereotypi og moralisme. Antakeligvis er det elementer i høyere utdanning som bidrar til dette. At høyere utdanning fra studiens resultater gir en tendens til å minke negativ stereotypi og negativ moralisme, er dette dermed ikke uforventet. På den annen side viser studiens resultater at høyere utdanning gir en negativ uttelling på *Intervensjonsvilje* og *Behandlingsoptimisme*. En rekke påstander i *Intervensjonsvilje* og *Behandlingsoptimisme* dreier seg i hovedsak om at rusmiddelproblemer er en sykdom som lar seg medisinsk behandle (jfr. tabell 4.8 og 4.10). En forklaring på denne negative uttellingen, kan antakeligvis være at jo høyere utdanning, jo mer skeptisk er helsearbeidere til den type tenkning. Leger har som kjent høyere utdanning. Det ble også funnet at leger som var friskmeldte fra rusmiddelproblemer mente at *Intervensjonsvilje* og *Behandlingsoptimisme* var viktige, skrev Veach og Chappel (1990). Disse legene befant seg i USA i begynnelsen av 80 tallet. I denne forbindelsen kan *denne ulikeheten* tolkes som om at *utdanning* påvirkes av samfunnsmessig og kulturelt forhold som stadig er i utvikling.

Kunnskapssatsing om rusmiddelrelatert tema i profesjonelt utdanningsprogram antydes å være en potensiell og viktig faktor for å påvirke holdning i en positiv retning (Chappel *et al* 1985, Happell *et al.* 2002, Stein 2003). Chappel (1992 referert i Richmond og Foster 2003:

400) hevder at holdninger er et viktig mål i utdanning. Dette er, ifølge Chappel (ibid.) på grunn av at holdninger har *”direkte påvirkninger på vår atferd, og spesielt de valgene vi gjør når vi tar i bruk våre kunnskaper og ferdigheter”*. I Norge blir det påpekt at rusmiddelundervisning både i grunnutdanningene i helse- og sosialfagene og videreutdanning er en viktig premiss for det arbeidet som gjøres for å hindre og redusere de sosiale og helsesmessige skadene knyttet til rusmidler (Helse- og omsorgsdepartementet 2006: 66-67). Men obligatoriske rusmiddelrelaterte undervisning i selve medisinstudiet og psykologistudiet er, ifølge Den norske legeforening (2006: 30), ofte begrenset. Tilbud om rusmiddelrelaterte kurs varierer ikke skjeldent fra et studiested til et annet (ibid.). I tillegg vil *innhold* i undervisning også være viktig (Scheyett *et al.* u.å.). Undervisningsprogram bør sikte mot en personlig utvikling hos de helsefaglige studentene i en retning av en økt selvforståelse og forståelse av hvordan de i møte pasienter med rusmiddelproblemer også kan ta vare på seg selv (ibid.). I læringsteori kan holdning læres via observasjoner (Bohner og Wänke 2002: 78-87), og her vil engasjerte ”lærere” i en undervisningssammenheng være avgjørende. At resultatene er lavere enn referanseverdien, kan det kanskje tyde på behov for økt fokus på dette temaet i alle helseprofesjonelle utdanninger, uavhengig av utdanningsnivå.

5.2.3 Ansiennitet fra SunHF

Resultatet fra bivariat analyse, og ikke multivariat analyse, viser signifikant sammenheng mellom ansiennitet fra SunHF og ”Behandlingsoptimisme” (H4).

Holdninger kan påvirkes av direkte erfaringer (jfr.kap.2.2.5). Fra resultatene kan det være rimelig å tenke at helsearbeidere antakeligvis ikke blir lenge på SunHF, dersom de er mer ”pessimistiske” og ikke tror på at behandling som gis pasienter med rusmiddelproblemer har vært virksom. Dette forutsetter at erfaringene ikke har vært negative, og at helsearbeidere har opplevd og erfart behandlingens positive effekt. Rehabiliteringsopphold kan for mange vare i flere måneder. Helsearbeidere får dermed anledning til å bli bedre kjent med pasientene. Kapittel 4.1.7 viser en spuriøs sammenheng mellom ansiennitet og erfaring. Det kan tenkes at de som jobber lenge på SunHF, sannsynlig vil få flere anledninger til å jobbe med pasienter som har rusmiddelproblemer. Og gjennom en rekke positive erfaringer påvirkes dermed en mer positiv holdning. Studiens resultater er litt annerledes enn resultatet fra en studie utført av Raeside (2003). Raesides studie (2003) påpekte at helsearbeidere som hadde fra og med fem års jobberfaring med gravide kvinner

som hadde rusmiddelproblemer, hadde mer negativ holdning til pasientene. Raeside (2003) mente at dette skyldtes såkalte *negative merkelapp* (jfr.2.3.3). Fordi ansiennitet ikke gir signifikant sammenheng i multippel regresjonsanalyse, kan det settes spørsmålsteget rundt variabelens betydning. Likevel kan det ikke helt utelukkes betydning av positive sider av variabelen *ansiennitet*.

5.2.4 Erfaring med den pasientgruppen i arbeidet ved SunHF (nåværende erfaring)

Bivariate analyser viser signifikante sammenhenger mellom erfaring og "Ikke- stereotypi" (H3) og "Ikke- moralisme" (H5). Resultater fra multivariate analyser viser kun signifikant sammenheng mellom nåværende erfaring og "Ikke- stereotypi" (H3).

En mer positiv innstilling av *ikke- moraliserende* og *ikke- stereotypiske* karakterer ser ut til å øke, når helsearbeidere har kontakt med pasienter med rusmiddelproblemer på SunHF sammenlignet med dem som ikke har en slik erfaring. Denne erfaringen kan sannsynligvis bidra til å gi en form for menneskekunnskap utover den forenklete virkeligheten via stereotype og moralisme. Hvorvidt det er selve de positive erfaringene som genererer positive holdninger, eller at de positive holdningene i utgangspunktet gjør at helsearbeidere oppsøker kontakt, er uklart. Muligens foregår et mer komplisert samspill nettopp her. Direkte erfaringer kan, i følge teori om *gjenkjennelses effekt* (Zajonc 1968, referert i Bohnert og Wänke 2002: 76-78), bidra til at helsearbeidere sannsynligvis vil ha en mer positiv holdning til pasientene. Dette forutsetter at erfaringen ikke er negativ. Positive erfaringer bidrar trolig til å svekke negativ stereotype og moralisme blant helsearbeidere. En annen forklaring kan være at denne erfaringen reduserer *redsel* og *angst* blant helsearbeidere (Carroll 1993:710). Dersom erfaringer var negative, ville holdninger muligens være mer negative.

Det finnes studier som viser en sammenheng mellom erfaring, av enten personlig eller yrkesmessig årsak, og holdning til pasienter som har rusmiddelproblemer (Roslind og Sell 2005:14). Selleck og Redding (1997) påpeker at helsearbeidere som har hatt eller har rusmiddelproblemer, enten det dreier seg om de selv eller deres familie, er mer tolerant og fordomsfri enn helsearbeidere som ikke har den type erfaringen. Veatch og Chappel (1990) fant ut at leger som tidligere hadde rusmiddelproblemer, skåret helt klart høyere på intervensjonsvilje og behandlingsoptimisme, men lavere på toleranse enn de som ikke hadde rusmiddelproblemer. Studien utført av May *et al.* (2002) avdekket at anestesileger

som hadde personlige erfaringer med rusmiddelproblemer, enten om de selv hadde eller om deres venner og familie hadde slike problemer, hadde mer positive holdninger til pasienter med rusmiddelproblemer enn de som ikke hadde slike erfaringer. I tillegg hadde anestesileger mindre positive holdninger enn leger som vanligvis ga behandling til denne pasientgruppen (ibid.).

5.2.5 Ruskurs

Tabell viser en tendens til at de som har ruskurs skårer høyere på "Intervensjonsvilje" (H2) og "Behandlingsoptimisme" (H4) enn andre. Kun "Behandlingsoptimisme" (H4) i bivariate analyser gir ruskurs positivt signifikant sammenheng.

Litt over halvparten av respondentene hadde deltatt på ruskurs. Tidligere studier har påpekt at positiv holdningsendring kan ha en nær sammenheng med tiltak som opplæring, kurs og utdanning (Hagemaster *et al.* 1993, Rassool *et al.* 2006). Noen studier viser at et rusmiddelrelatert kurs bidrar til økt *Intervensjonsvilje* (Hagemaster *et al.* 1993) og *Behandlingsoptimisme* (Gerace *et al.* 1995). *Kursinnholdet og måten kurset blir presentert og arrangert på* anses å være viktige (Roche 1997, Stein 2003). Selv om denne studien ikke viser signifikant sammenheng mellom ruskurs og *Intervensjonsvilje*, indikerer resultatene likevel betydning av ruskurs på både *Intervensjonsvilje* og *Behandlingsoptimisme*. Hvilket innhold ruskurs bør ha, hvor lenge kurset bør være, samt hvor ofte helsearbeidere får tilbudt et slikt kurs, får man imidlertid ikke vite fra studiens resultater. Samtidig viser det i tabell 4.18 at de som har deltatt på ruskurs derimot skårer lavere enn andre på *Toleranse*, *Ikke- stereotypi* og *Ikke- moralisme*. En mulig forklaring kan være at de aktuelle ruskursene som noen av respondentene har deltatt, har et annet fokus enn det å bidra til økt toleranse, mindre stereotypi og mindre moralisme. Men dette får man ikke vite fra den foreliggende studien. Likevel tyder resultatene på at satsing på ruskurs for profesjonelle yrkesutøvere kan gi noen positive uttelling på helsearbeideres holdning. I tillegg til at helsearbeidere får tilbud om ruskurs via jobb, kan tilpasset rusmiddelrelaterte kurser i selve grunn- og videreutdanning trolig ha stor verdi (jfr. kap. 5.2.2).

5.3 Diskusjon av metode

Det er få studier om helsearbeideres holdninger til pasienter med rusmiddelproblemer i Norge, sammenlignet med internasjonale studier. Innenfor faktakunnskap om dette temaet

har forskningstilfanget i Norge derimot vært en del større. Noen forbehold omkring resultatene som foreligger må tas. I alle faser i forskningsprosessen kan feil oppstå. At andre valg kanskje burde og kunne bli gjort, er dette vel naturlig i etterpåklokskap.

Først og fremst begrenset studiens kvantitative framgangsmåte informasjonstilgangen. Et spørreskjema med faste svaralternativer åpner ikke for nyanser. Respondentene nærmest påtvunges spesielle meninger. Ulemper ved nærhet til informasjonskilder, der respondenter var studentens arbeidskolleger, kan diskuteres. Det kan tenkes at respondentene i noen grad kviet seg for å delta, fordi en rekke spørsmål kunne bli oppfattet som trussel for deres personlige integritet. En tilfredsstillende oppslutning viste imidlertid at dette problemet ikke var vesentlig. Av hensyn til ressurstilgangen og tidsdisposisjonen, var de anvendte metodene, likevel fornuftige.

Planlegging av studien ble påbegynt høsten 2005. Våren 2006 kom en statusrapport ”På helse løs ” fra Legeforening, noe som synliggjorde aktualiteten av temaet. Legeforeningen skrev at negativ holdning til disse pasientene ikke er akseptabelt, og at det er nødvendig med en gjennomgripende holdningsendring for å sikre at disse pasientene får innfridd retten til helsehjelp på lik linje med andre samfunnsborgere. Likevel kan tiden mellom datainnsamling og publikasjonstidspunkt kan være en begrensning, da holdning kan endres overtid. Aktualiteten av forskningstemaet kan også være endrert, samt nyere studier kan under tiden være publisert.

Indre og ytre validitet er avgjørende for forskningskvalitet. Indre validitet er en forutsetning for ytre validitet med tanke på muligheter for å kunne generalisere resultatene. Har studien målt det som faktisk var ønskelig å få målt? Valget av spørreskjemaet med ulike holdningspåstander fra måleinstrumentet SAAS var ikke feilfritt. Et annet spørreskjema med holdningspåstander kunne muligens ha vist andre dimensjoner av helsearbeideres holdninger til pasienter med rusmiddelproblemer.

Under oversettelse av SAAS, ble det avdekket av vanskelige ord og uttrykk kartlagt. Videre skiller ikke studien mellom pasienter med ulike rusmiddelbruk og rusmiddelproblemer, og kan dermed bidra til å sette pasientene i en felles bås. Ulike rusmidler medfører forskjellige problemer og skaper mer eller mindre nyanserte holdninger og forventninger. Samtidig er det viktig å påpeke at det nå finnes flere nyere rusmiddeltyper

enn det var da SAAS ble utviklet. Forbruksmønster og mote, samt ulike behandlingsperspektiver og rettslovgivninger har tydeligvis gjennom tidene endret seg. Litteratur har vist at dette kan være forskjellig mellom Norge og andre land som for eksempel USA.

Noen av holdningspåstandene i SAAS forholder seg til et konkret rusmiddel og rusmiddelbruk, mens andre ikke gjør det. Skillet mellom misbruk, skadelig bruk og avhengighet er vanskelig. I denne studien er det vanskelig å skille mellom disse aspektene. Forskjellige definisjoner om det samme begrepet, eller ulike begreper som bruker synonymt, kan bidra til at ikke alle resultater blir sammenlignbare både i den samme studien og mellom ulike studier. Eksempelvis valgte man her *Tolelanse* for det engelske begrepet *Permissiveness* som omfatter både toleranse og aksept. Tolkningen av resultatene, basert på begrepet toleranse, vil derfor ikke være uproblematisk. Et annet eksempel er valget av begrepet rusmiddelproblemer i oversettelse av de engelske ordene; substance abuses, drugmisuses og alcoholisme. I løpet av prosessen, fant man at en del begreper, uttrykk og spørsmål fra spørreskjemaet virket upresist formulert, og dermed utgjorde vanskeligheter i analysearbeidet og det skriftlige arbeidet. *Rusmiddelavhengighet* ble brukt i spørreskjemaet og omfattet rusmisbruk og/eller narkoman. Men, etter ny litteraturgjennomgang, fant man at *rusmiddelproblemer* er et bedre valg, og dette er dermed brukt i dette skriftlige arbeidet. Andre ville kanskje foretrekke *rusmiddelutfordringer*. En veiledning for skjemautfylling, ville muligens bidra til å avklare de elementene og de begrepene som kunne misforstås.

Variablene "yrke" og "utdanning" har en spuriøs sammenheng, og tolkning av resultatene er vanskelig. En forklaring på den spuriøse sammenhengen kan være at sykepleie-, ergoterapi- og fysioterapiutdanning er på høyskolenivå, mens leger, pedagoger og psykologer har universitetsutdanning. Sykepleiepersonalet omfatter sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, der hjelpepleiere og omsorgsarbeidere er faglærte. Betydning av utdanning kan ha med profesjonell utdanning, utdanningsnivå eller kombinasjon av disse.

Det er en utfordring å beskrive samvariasjon mellom uavhengig og avhengig variabel, og å beskrive helsearbeideres holdninger generelt. Undersøkelsens gyldighet er avhengig av reliabilitet i måleinstrument. Målefeil kan dermed oppstå fordi respondentene kan misforstå spørsmål, huske feil eller mangle nødvendig kunnskap for å kunne svare på spørsmålene. I dette tilfellet ble respondentene bedt om å svare så godt de kunne. Med stor

svarprosent kan dette sannsynligvis vise at de fleste av respondentene hadde tilstrekkelig kunnskap og et ønske om å formidle. Kun to skjemaer inneholdt betydelige mangler i savrene, og med tilbakemelding om at respondentene ikke hadde tilstrekkelig kunnskap til å kunne svare på spørsmålene. Data fra disse to ble dermed ikke analysert. Noen respondenter gav skriftlig tilbakemelding om at de var usikre på om de hadde forstått noen av holdningspåstandene. Det er en typisk frafallsfeil dersom respondentene ikke svarer på alle spørsmålene. En respondent svarte mangelfullt på *Ikke moralisme*, og fikk dermed status *missing data* på analyser vedrørende denne holdningsdimensjonen. Andre frafall var ikke av vesentlig betydning, og ble fulgt opp slik som beskrevet i kapittel 3.4.2.

I stor grad har man i studien forsøkt å unngå bearbeidingsfeil ved å være nøye med dataregistrering og databehandling. Dataene ble kontrollert uten at det synes å ha oppstått feil som kan påvirke resultatene.

For å kunne generalisere resultatene, forutsettes det at et tilfeldig utvalg. Et problem her kan være at dette materialet stammer fra en enkelt avdeling. Utvalget er muligens representativt, men generaliserbarheten til helsearbeidere på andre avdelinger vil likevel være diskutabelt. Strengt tatt er det umulig å trekke sikre konklusjoner om andre grupper enn de respondentene som faktisk svarte på undersøkelsen. Samtidig kan det ikke utelukke at de egenskapene som skulle undersøkes i den teoretiske populasjonen, hadde samme sannsynlighet for å forekomme i studiens utvalg. Studien presenterer likevel en metodikk og resultater som forhåpentligvis kan bidra til å utvide helsearbeideres interesse for å arbeide med denne pasientgruppen. Det er positivt at undersøkelsen omfatter en så stor andel av helsearbeidere i ulike faggrupper ved en avdeling. Undersøkelsen presenterer resultater som tidligere ikke er kjent.

5.4 Oppsummering

Selv om studien ikke gir et klart svar om hvilke holdninger helsearbeidere har til pasienter med rusmiddelproblemer, er variasjoner mellom de ulike holdningsdimensjonene og bakgrunnsvariablene nyttig informasjon. De aktuelle bakgrunnsvariablene kan være relevante, i fremtidige arbeid med holdning. Undersøkelsen ble gjennomført som den var. Tross noen svakheter kan undersøkelsen bidra i en kunnskapsakkumulasjon, som andre kan dra nytte av. Tolkningen av funnene kan sannsynligvis gjøres annerledes.

6.0 KONKLUSJON

Innledningsvis i oppgaven ble det satt følgende problemstillinger:

1. Hvilke holdninger har helsearbeidere til pasienter med rusmiddelproblemer?
2. Kan yrke, utdanning og erfaring ha betydning for helsearbeideres holdninger?

For holdningsdimensjonene, *Toleranse*, *Intervensjonsvilje*, *Ikke- stereotypi*, *Behandlings-optimisme* og *Ikke- moralisme* var det stor variasjon blant helsearbeidere i studien. Gjennomsnittskår på alle dimensjonene var lavere enn undersøkelsens referanseverdi som skulle indikere optimal holdning for et konstruktivt arbeid med denne pasientgruppen. På grunn av mulige sammensatte faktorer, særlig samfunnsmessig og kulturelt betinget, var det vanskelig å svare tydelig på den første problemstillingen. Sannsynligvis bør det settes spørsmålstegn til om referanseverdien faktisk er gyldig i Norge. I forhold til den andre problemstillingen viste resultater enkelte signifikante sammenhenger. På grunn av metodiske svakheter er det viktig å være forsiktig med å trekke noen sikre konklusjoner. Likevel gir funnene et interessant bilde i henhold til studiens forskningstema.

Nedenfor oppsummeres funnene:

- *Toleranse*: Ingen av bakgrunnsvariablene ga noen statistiske sammenhenger.
- *Intervensjonsvilje*: Det viste seg at jo høyere utdanning helsearbeidere hadde, jo lavere intervensjonsvilje.
- *Ikke- stereotypi*: Helsearbeidere med høyere utdanning hadde mindre stereotype holdninger enn de med lavere utdanning. I tillegg viste det seg at de som hadde erfaringer med denne pasientgruppen i arbeidet ved SunHF, også hadde mindre stereotype holdninger.
- *Behandlingsoptimisme*: Sykepleiepersonalet var statistisk sett mer optimistiske enn andre yrkesgrupper. Videre viste det seg også at helsearbeidere som hadde jobbet lengre på SunHF og de som hadde hatt ruskurs, var mer optimistiske. Når alle bakgrunnsvariabler ble analysert samlet, var det kun ”yrke” som ga statistisk signifikans.

- *Ikke- moralisme*: Jo høyere utdanning, desto mindre moralisme. Erfaring med pasienter med rusmiddelproblemer på SunHF bidro også til mindre moralisering.

6.1 *Forslag til videre arbeid*

Ut fra formålet med å beskrive helsearbeideres holdninger til pasienter med rusmiddelproblemer og å avdekke sammenhenger mellom bakgrunnsfaktorer og holdninger, vil det være hensiktsmessig å kartlegge helsearbeideres holdninger uten å begrense til holdningspåstandene i spørreskjemaet SAAS. Å kombinere studien med en kvalitativ studie, kunne gi mer detaljert informasjon om den enkeltes holdninger. Selv om en direkte effekt av holdning ikke var undersøkt, tyder det fra flere hold på at negativ holdning kan bidra til negativ atferd. Framtidig forskning om effekt av holdninger på helsehjelp vil være interessant. For å få et mer helhetlig bilde, vil det være påkrevet å spørre pasientenes versjon og erfaringer. Det vil også være interessant å undersøke holdninger til dem som tar viktige avgjørelser i forhold til organisering av tilbud og overordnede avgjørelser.

Det å ha deltatt på ”ruskurs”, å ha jobbet lenge på SunHF og erfaringer med disse pasientene på SunHF, viser seg å være positivt for holdninger. Satsing på tilpasset ruskurs og tiltak som gjør at helsearbeidere ønsker å bli lenger, ser ut til å være formålstjenelig, først og fremst for pasientene. Videre kan det være viktig med debatt om holdninger i undervisningsøyemed, for eksempel i utdanning av helsefaglige arbeidere. På den måten kan man kanskje oppnå at framtidige helsearbeidere, i tillegg til kunnskap og ferdigheter tilegner seg *de riktige holdningene* til pasienter med rusmiddelproblemer.

Resultatene fra den foreliggende studien viser et behov for utvikling av måleinstrument, basert på norske begreper og forhold, samt en veiledning for skjemautfylling. Videre er det nødvendig med norske referanseverdier av kulturelle årsaker. Ved hjelp av gjentatte tverrsnittsundersøkelser kan man bedre identifisere faktorer som bidrar til å påvirke holdning.

LITTERATURLISTE

- Adam, M. W. (2008) Comorbidity of mental health and substance misuse problems: a review of workers' reported attitudes and perceptions. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing*, 15, s. 101-108.
- Albarracin, D., Johnson, B.T. & Zanna, M.P. red. (2005) *The handbook of attitudes*. Mahwah NJ, Erlbaum.
- Albarracin, D., Johnson, B.T., Zanna, M.P. & Kumkale, G.T. (2005) Attitudes: Introduction And scope. I: Albarracin, D., Johnson, B.T. & Zanna, M.P. red., *The handbook of attitudes*. Mahwah NJ, Erlbaum, (s. 3-19).
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (2005) The influence of attitudes on behavior. I: Albarracin, D., Johnson, B.T. & Zanna, M.P. red., *The handbook of attitudes*. Mahwah NJ, Erlbaum, (s. 173-221).
- Asheim, I. (1997) *Hva betyr holdninger? Studier i dydsetikk*. Oslo, Tano Aschehoug AS.
- Assum, T. (desember 2005) *The prevalence and relative risk of drink and drug driving in Norway* [Internett], Oslo, Samferdsel TØI. Tilgjengelig fra: <<http://www.toi.no/getfile.php/Publikasjoner/T%D8I%20rapporter/2005/805-2005/805-2005.pdf>> [Nedlastet 28.oktober 2007].
- Assum, T. (april 2008) *Mye vi ikke vet om rus og trafikk* [Internett], Oslo, Samferdsel TØI. Tilgjengelig fra: <<http://samferdsel.toi.no/article19474-997.html>> [Nedlastet 12.mai 2008].
- Basford, J.R., Rohe, D.E., Barnes, C.P. & Depompolo, R.W. (2002) Substance Abuse Attitudes and Policies in US Rehabilitation Training Programs: A Comparison of 1985 and 2000. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 83, s.517-522.
- Basford, J.R., Rohe, D.E. & Depompolo, R.W. (2003) Rehabilitation unit staff attitudes towards substance abuse: changes and similarities between 1985 and 2001. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 84, s.1301-1307.
- Bazerman, M.H., Messick, D.M., Tenbrunsel, A.E., & Wade-Benzoni, K.A. red. (1997) *Environment, Ethics, and Behavior: The Psychology of Environmental Valuation and Degradation*. Francisco, New Lexington Books.
- Berg, I.K. & Miller, S.D. (2002) *Rusbehandling. En løsningsfokusert tilnærming*. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Bergerud, C. H., Pedersen, H. & Berg, E. (2004) *Føre Var Rapport- rustrender i Oslo. Hovedrapport*. Oslo, Rusmiddeletatens kompetansesenter.

- Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2004) *Statistikk for helse- og sosialfagene*. 2. utg. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bohner, G. & Wanke, M. (2002) *Attitudes and Attitude Change*. Hove, Psychology Press.
- Bombardier, C. H., Stroud, M. W., Esselman, P. C. & Rimmele, C. T. (2004) Do preinjury alcohol problems predict poorer rehabilitation progress in persons with spinal cord injury? *Arch Phys Med Rehabil*, Sep. 85(9), s. 1488-1492.
- Brandsberg- Dahl, A. & Lanesskog, J.O. (2002) *Metadonbrukere i Tyrili- integrering, resultater og erfaring*. Oslo, Tyrili FoU.
- Brattvåg, H. (2006) *Folk som tigger i Oslo* [Internett], Oslo, stiftelsen Kirkens Bymisjon. Tilgjengelig fra:
<http://www.kirkensbymisjonoslo.no/upload/Oslo/Hovedkontoret/Folk%20som%20tigger%20i%20Oslo%20-.pdf> [Nedlastet 18.april 2007].
- Brett, M. (2007) (18.juli 2007) *Cannabis og mentale lidelser (psykoser/schizofreni)* [Internett], Oslo, Forbundet Mot Rusgift. Tilgjengelig fra:
<http://fmr.no/cannabis-og-mentale-lidelser-psykokerschizofreni.525096-83588.html> [Nedlastet 28.oktober 2007].
- Bullock, J. E. (2002) *Mental Health and Substance Abuse Professionals' Attitudes Towards Dually Diagnosed Clients in a Community-Based Treatment Center*. Ph.D thesis, Virginia, the Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University.
- Cape, G., Hannah, A. & Sellman, D. (2006) A longitudinal evaluation of medical student Knowledge, skills and attitudes to alcohol and drugs. *Addiction*, 101, s. 841-849.
- Caroll, J. (1993) Attitudes of professionals to drug abusers. *British Journal of Nursing*, 2 (14), s. 705-711.
- Carroll, J. (1995) The negative attitudes of some general nurses towards drug misusers. *Nurs Stand*, 9 (34), s. 36-38.
- Chappel, J. N., Veach, T. & Krug, R. S. (1985) Substance Abuse Attitude Survey: An instrument for measuring attitudes. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, s. 48-52.
- Chappel, J. N & Veach, T. L. (1987) Effect of a course on students' attitudes toward substance abuse and its treatment. *Journal of Medical Education*, 62(5), s. 394-400.
- Cherpitel, J.C., Bond, J. & Ye, Y. (2006) Alcohol and Injury: A Risk Function Analysis from the Emergency Room Collaborative Alcohol Analysis Project (ERCAAP). *Eur Addict Res.*, 12(1), s.42-52.
- Clore, G.L. & Schnall, S. (2005) The Influences of Affect on Attitude. I: Albarracin, D., Johnson, B.T. & Zanna, M.P. red., *The handbook of attitudes*. Mahwah NJ, Erlbaum, (s.437-480).

- Daruwalla, P. & Darcy, S. (2004) Personal and societal attitudes to disability. *Annals of Tourism Research*, 32 (3), s. 549-570.
- Den norske legeforening. (2006) *På helsa løs- Når rusbruk blir misbruk og misbruk blir avhengighet*. Oslo, Den norske legeforening.
- Ding, L., Landon, B.E., Wilson, I.B., Wong, M.D., Shapiro, M.F. & Cleary, P.D. (2005) Predictors and Consequences of Negative Physician Attitudes Toward HIV-Infected Injection Drug Users. *Arch Intern Med*, 165, s. 618-623.
- Eagly, A.H. & Chaiken, S. (1993) *The psychology of attitudes*. Fort Worth, TX, Harcourt Brace Jovanovich.
- Eagly, A.H. & Chaiken, S. (2005) Attitude research in the 21st century: The current state of knowledge. I: Albarracin, D., Johnson, B.T. & Zanna, M.P. red., *The handbook of attitudes*. Mahwah NJ, Erlbaum, (s. 743-767).
- Ellgren, M. (2007) *Neurobiological Effects of Early Life Cannabis Exposure in Relation to The Gateway Hypothesis*. Ph.D thesis, Karolinska Institutet.
- Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk (EONN). (2003) *Årsrapport 2003, Narkotikasituasjonen i den europeiske union og Norge* [Internett]. Tilgjengelig fra: http://ar2003.emcdda.europa.eu/download/ar2003eu_no.pdf [Nedlastet 20.november 2006].
- Fabrigar, L. R., MacDonald, T. K. & Wegener, D. T. (2005) The structure of attitudes. I: Albarracin, D., Johnson, B.T. & Zanna, M.P. red., *The handbook of attitudes*. Mahwah NJ, Erlbaum, (s.79-124).
- Fekjær, H.O. (13.august 2005) *Rus-avhengighet* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsenytt.no/artikler/rus.htm> [Nedlastet 18.oktober 2006].
- Field, A. (2005) *Discovering Statistics Using SPSS*. 2. utg. London, Sage Publication.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975) *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading MA, Addison-Wesley.
- Folkehelseinstituttet (04. mars 2008) *Forsker på rusrelaterte skader* [Internett]. Tilgjengelig fra: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,2906:1:0:0::0:0&MainLeft_5565=5544:67730::1:5569:4::0:0 [Nedlastet 10.april 2008].
- Forrester, D. & Murphy, P. (1992) Nurses attitudes toward patients with AIDS and AIDS-related risk factors. *Journal of Advanced Nursing*, 17, s. 1260-1266.
- Foster, J.H. & Onyeukwu, C. (2003) The attitudes of forensic nurses to substance using service users. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, s.578-584.

- Furuholmen, D. (1998). Avhengighet og behandling, et historisk perspektiv. *Rus & avhengighet*, 1, s. 23-25.
- Fugelli, P., Stang, G. & Wilmar, B. (2003) Har medisinen makt? I. Fugelli, P., Stang, G. & Wilmar, B. red., *Makt og medisin. Rapportserien nr. 57*. Oslo, Makt- og demokratiutredningen, (s.3-17).
- Galvin, L.R. & Godfrey, H.P:D. (2001) The impact of coping on emotional adjustment to spinal cord injury (SCI): review of the literature and application of a stress appraisal and coping formulation. *Spinal Cord* , 39, s. 615-627.
- Garner, R. (2005) Police attitudes: the impact of experience after training. *Applied Psychology in Criminal Justice*, 1(1), s. 56-70. Tilgjengelig fra: <<http://www.apcj.org/Documents/PoliceAttfinal.pdf>> [Nedlastet 28.februar 2008].
- Gaskell, G. (1996) On the lure of metrication: Attitudes and social representations. *Person social representations*, 5(1), s.21-26.
- Gerace, L. M., Huges, T. L. & Spunt, J. (1995) Improving nurse's response toward substance misusing patients: A clinical evaluation project. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(5), s. 286-294.
- Gossop, M. & Birkin, R. (1994) Training employment service staff to recognise and respond to clients with drug and alcohol problems. *Addict. Behav.*, 19, s.127-134.
- Gunbjørud, A. B. (2002) Sykehus må sikre at misbrukere ivaretas. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 18. Tilgjengelig fra: <http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=577303> [Nedlastet 28.april 2008].
- Hagemaster, J., Handley, S., Plumlee, A., Sullivan, E. & Stanley, S. (1993) Developing Educational programmes for nurses that meet today's addiction challenges. *Nurs Education Today*, 13, s. 421-425.
- Halcomb, B., Daly, J. Davidson, P., Elliott, D. & Griffiths, R. (2005) Life beyond severe traumatic injury: an integrative review of the literature. *Australian Critical Care*, 18(1), s.17-24.
- Happell, B. (2002) Nurses' knowledge, attitudes and beliefs regarding substance use: A questionnaire survey. *Nursing and Health Sciences*, 4, s. 193-200.
- Happell, B. & Taylor, C. (1999) We may be different, but we are still nurses: an exploratory study of drug and alcohol nurses in Australia. *Mental Health Nursing*, 20, s.19-32.
- Hapell, B., Carta, B. & Pinikahana, J. (2002) Nurses' knowledge, attitudes and beliefs regarding substance use: A questionnaire survey. *Nursing and Health Sciences*, 4, s.193-200.
- Hauge, R. (2004) Narkotikapolitisk kjetteri? *Rus & Avhengighet*, 2, s. 37.

- Helsedepartementet. (30.juli 2004). *Strateginotat. Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere. Perspektiver og strategier* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hd/bro/2004/0001/ddd/pdfv/217235-russtrategidokument.pdf>> [Nedlastet 17.oktober 2007].
- Helse- og omsorgsdepartementet. (11. oktober 2002) *Om lov om endring i lov 13.desember 1991 nr.81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere)*. Ot.prp.nr.3 (2002-2003). Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (4. april 2003) *Om lov om endring i lov 13.desember 1991 nr.81 om sosiale tjenester m.v.(Rusreform II og rett til individuell plan)*. Ot.prp.nr.54 (2002-2003). Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006) *Statusrapport. Rusmiddelsituasjonen i Norge*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet.(21.mai 2007) *Rusmidler i Norge* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/Rus/Rusmidler-i-Norge.html?id=439352>> [Nedlastet 17.mai 2008].
- Helsepersonelloven. (1999) *Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr.64*. Endringslov til helsepersonelloven. (2000) *Lov om endringer i lov 2.juli nr.64 om helsepersonell m.v. av 21. desember 2000 nr. 127*. Tilgjengelig fra: <<http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html>> [Nedlastet 20.mai 2008].
- Helse-Sør.(22.juni 2004). *Strategisk Handlingsprogram Spesialisthelsetjeneste Rus i Helse Sør* [Internett]. Tilgjengelig fra: <<http://www.helse-sor.no/Fagomrader/Rusreformen/Rapport%20rus-4.pdf>> [Nedlastet 20. august 2006].
- Hem, M. (2007) Med døden til følge. *Ny Tid*, 20.april 2007.
- Henriksen, Ø. (2000) *Ikke som jeg gjør, men som jeg sier!* Oslo, Tano Aschehoug.
- Henriksen, K. (2005) *Å leve i en fyktig tilstand – og ønske seg et annet liv*. Masteroppgave, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.
- Hoddevik, G. & Nygaard, M. (2004) Leger med rusmiddelmisbruk. *Tidsskr Nor Legeforen*, 124, s.955, 957.
- Holland, R. W., Verplanken, B. & Knippenberg, A. V. (2002) On the nature of attitude-behavior relations: the strong guide, the weak follow. *European Journal of Social Psychology*, 32, s. 896-876.
- Howard, M. & Chung, S. (2000a) Nurses' attitudes towards substance misusers. I. *Surveys. Substance Use and Misuse*, 35(3), s. 347-365.

- Howard, M. & Chung, S. (2000b) Nurses' attitudes towards substance misusers. II. Experiments and studies comparing nurses to other groups. *Substance Use and Misuse*, 35(4), s. 503-532.
- Howard, M. & Chung, S. (2000c) Nurses' attitudes towards substance misusers. III. Emergency room nurses' attitudes, nurse' attitudes toward impaired nurses, and studies of attitudinal change. *Substance Use and Misuse*, 35(9), s. 1227-1261.
- Hylland Eriksen, T. (2004) Moralsk korrekthet. *Tidsskr Norske Lægeforen*, 6, s.124.
- Høie, I. (2006) Rusfeltet trenger fagfolk og kompetanse. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 126, s.813.
- Jaccard, J. & Blanton, H. (2005) The Origins and Structure of Behavior: Conceptualizing Behavior in Attitude Research. I: Albarracin, D., Johnson, B.T. & Zanna, M.P. red., *The handbook of attitudes*. Mahwah NJ, Erlbaum, (s. 125-172).
- Jacka, D., Clode, D., Patterson, S. & Wyman, K. (1999) Attitudes and practices of general practitioners training to work with drug-using patients. *Drug and Alcohol Review*, 18, s. 287-291.
- Johansson, K., Preben, B. & Åkerlind, I. (2002) Early intervention for problem drinkers: Readiness to Participate among general practitioners and nurses in Swedish primary Health Care. *Alcohol & Alcoholism*, 37(1), s. 38-42.
- Kinner, P.R. & Gray, C.D. (2004) *SPSS 12 Made simple*. Hove and New York, Psychology Press.
- Klingsheim, R. (2003) Narkomanes dårlige helse- en sykepleiefaglig utfordring. *Sykepleien* nr. 2/2003. Tilgjengelig fra: <<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=838>> [Nedlastet 28.juli 2007].
- Krosnick, J. A., Judd, C. M. & Wittenbrink, B. (2005) The measurement of attitudes. I: Albarracin, D., Johnson, B.T. & Zanna, M.P. red., *The handbook of attitudes*. Mahwah NJ, Erlbaum, (s. 21-76).
- Kruglanski, A. W. & Stroebe, W. (2005) The influence of beliefs and goals on attitudes: Issues of structure, function, and dynamics. I: Albarracin, D., Johnson, B.T. & Zanna, M.P. red., *The handbook of attitudes*. Mahwah NJ, Erlbaum, (s. 323-368).
- Kurtze, N. & Eide, A.H. (2003) *Helsetilstand hos tunge rusmiddelmisbrukere*. SINTEF rapport STF78 A035002. Trondheim, SINTEF Unimed.
- Kusec Fredriksson, R. (2005) *Evidence-based interventions by hospital social workers for patients with spinal cord injuries*. Undergraduate Thesis, Stockholm University.
- Kvale, S. (1997) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Ad Notam Gyldendal AS.

- Lappalainen- Lehto, R., Seppa, K. & Nordback, I. (2005) Cutting down substance abuse-present state and visions among surgeons and nurses. *Addictive Behaviours*, 30, s.1013-1018.
- Lindberg, M., Vergara, C., Wild-Wesley, R. & Gruman, C. (2006) Physicians-in-training Attitudes Toward Caring For and Working with Patients with Alcohol and Drug Abuse Diagnoses. *Southern Medical Journal*, 99(1), s. 28-35.
- Lock, C. A., Kaner, E., Lamont, S. & Bond, S. (2002) A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. *J Adv Nurs*, 39, s. 333-342.
- Langeland, O. (1999) *Kompensasjon og motivasjon. Overskuddsdeling og medeierskap i norske bedrifter. Doktoravhandling*. Oslo, Forskningsstiftelsen Fafo.
- Matthews, J., Kadish, W., Barrett, S. V., Mazor, K., Field, D. & Jonassen, J. (2002) The impact of a brief interclerkship about substance abuse on medical students' skills. *Academic Medicine*, 77(5), s. 419-426.
- May, J. A., Warltier, D. C. & Pagel, P. S. (2002) Attitudes of Anesthesiologists About Addiction and Its treatment: A Survey of Illinios and Winconsin Members of the American Society of Anesthesiologists. *J.Clin. Anesth*, 14 (4), s. 284-289.
- McKeown, A., Matheson, C. & Bond, C. (2003) A qualitative study of GPs' attitudes to drug misusers and drug misuse services in primary care. *Family Practice*, 20 (2), s.120-125.
- McKinley, W. O., Kolakowsky, S. A. & Kreutzer, J. S. (1999) Substance abuse, violence, and outcome after traumatic spinal cord injury. *Am J Phys Med Rehabil*, 78(4), s. 306-312.
- McLaughlin, D. & Long, A. (1996) An extended literature review of health professionals' Perceptions of illicit drugs and their clients who use them. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3, s. 283-288.
- Miller, N. S., Sheppard, L. M., Colenda, C. C. & Magen, J. (2001) Why Physicians Are Unprepared to Treat Patients Who Have Alcohol- and Drug-related Disorders. *Academic Medicine*, 76 (5), s. 410-418.
- Nesvåg, S., Backer-Grøndahl, A., Duckert, F., Enger, Ø., Huseby, G. & Kraft, P. (2007) *Tidlig intervensjon på rusfeltet-en kunnskapsoppsummering*. Stavanger, International Research Institute of Stavanger AS (IRIS). Rapport IRIS-2007/021. [Internett] Tilgjengelig fra:
< http://www.nnk-rus.no/UserFiles/File/Rapport_IRIS_-_2007_15547a.pdf>
[Nedlastet 4.februar 2008].
- Nordt, N. & Stohler, R. (2006) Incidence of heroin use in Zürich, Switzerland: a treatment case register analysis. *Lancet*, 367, s.1830-1834.

- Ostrom, T.M., Bond, C.F., Jr., Krosnick, J.A. & Sedikides, C. (1994) Attitudes scales: How we measure the unmeasurable. I: Shavitt, S. & Brock, T.C. red., *Persuasion: Psychological insights and perspectives*. Boston, Allyn & Bacon, (s.15-42).
- Ottati, V., Edwards, J. & Krumdick, N. D. (2005) Attitude theory and research: Intradisciplinary and interdisciplinary connections. I: Albarracin, D., Johnson, B.T. & Zanna, M.P. red., *The handbook of attitudes*. Mahwah NJ, Erlbaum, (s. 707-742).
- Packer, J. (2003) A moral analysis of Canadian Drug policy. *Perspectives on Canadian drug policy*, 2, s. 9-22.
- Pasientrettighetsloven. (1999) *Lov om pasientrettigheter m.v. av 2. juli 1999 nr. 63*.
 Endringslov til pasientrettighetsloven. (2006) *Lov om endringer i lov 2.juli 1999 nr.63 om pasientrettighet m.v. av 30. juni 2006 nr.45*. Tilgjengelig fra:
<http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html> [Nedlastet 20.mai 2008].
- Pinikahana, J., Happell, B. & Carta, B. (2002) Mental health professionals' attitudes to drugs and Substance abuse. *Nursing and Health Sciences*, 4 (3), s. 57-62.
- Polit, D. F. (1996) *Data analysis & Statistics for nursing research*. Stamford, CT, Appelton & lange.
- Prislin, R. & Wood, W. (2005) Social influence in attitudes and attitude change. I: Albarracin, D., Johnson, B.T. & Zanna, M.P. red., *The handbook of attitudes*. Mahwah NJ, Erlbaum, (s. 671-706).
- Raeseide, L. (2003) Attitudes of staff towards mothers affected by substance abuse. *British Journal of Nursing*, 12 (5), s. 302-310.
- Rassool, G.H., Villar-Luis, M., Carraro, T.E. & Lopes, G. (2006) Undergraduate nursing students' perceptions of substance use and misuse: a Brazilian position. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, s.85-89.
- Ravndal, E. (2001) Realistiske målsetninger eller defekt moralisme? *Rus & Avhengighet*, 1, s. 10-12.
- Richmond, I.C. & Foster, J. H.(2003) Negative attitudes toward people with co-morbid mental health and substance misuse problems: An investigation of mental health professionals. *Journal of Mental Health*, 12(4), s. 393-403.
- Riksmåls ordboken. (1991) 5.oppl. Oslo, Kunnskapsforlaget.
- Ringdal, K. (2001) *Enhet og mangfold*. 1.utg. Bergen, Fagbokforlaget.
- Reinås, T. (24. april 2003) *Kan rusmiddelbegrepet overleve?*[Internett]. Tilgjengelig fra:
<http://www.fmr.no/kan-rusmiddelbegrepet-overleve.73260-9422.html>
 [Nedlastet 25. juni 2007].

- Roche, A (1997) Have efforts to improve medical student's drug and alcohol knowledge, skill and attitudes worked? *Drug and Alcohol review*, 16, s. 157-170.
- Roche, A. M., Parle, M. D., Campbell, J. & Saunders, J. B.(1995) Substance abuse disorders: Psychiatric trainees' knowledge, diagnostic skills and attitudes. [elektronisk abstrakt på PubMed]. *Aust N Z J Psychiatry*, 4, s. 645-652.
- Rokkan, T.T. (1999) *Identitet i behandling. Om rusmisbruk og pedagogikk*. Hovedfagoppgave ved Pedagogisk forskningsinstitutt, Universitetet i Oslo.
- Roslind, L. & Sell, D. (2005) *Omvårdnadspersonalens attityd gentemot patienter med drogmissbruk*. Degree Project, Malmö University.
- Ross & Drake (1992) Mad, bad and dangerous to know: dimensions and measurement of attitudes toward injecting drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 20, s. 71-74.
- Ross, S.M. & Chappel, J.N. (1998) Substance use disorders, Difficulties in Diagnoses. *Psychiatric Clinics of North America*, 21(4), s. 803-828.
- Ruud, T. & Reas, D. (2003) *Helsetjenester for tunge rusmiddelmissbrukere*. SINTEF rapport STF78 A035003. Trondheim, SINTEF Unimed.
- Schancke, V.A. red. (2004) *300 aktuelle spørsmål og svar om rusforebyggende arbeid* [Internett], Narvik, Forebygging.no. Tilgjengelig fra: <http://www.forebygging.no/cwobjekter%5C300sporsmalny.pdf> [Nedlastet 20.august 2007].
- Scheyett, A., Kim, M., Sangalang, B. (uten årstall) The Providers Views and Attitudes Towards Substance Abuse and Substance Abusers: A Bibliography (1999-2000). North Carolina, University of North Carolina School of Sosial Work.
- Schillinger, A. (1998) Urinprøver - et hjelpemiddel? *Rus & Avhengighet*, 6, s. 33-36.
- Selleck, C. S. & Redding, B. A. (1998) Knowledge and attitudes of registered nurses toward perinatal substance abuse. *Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 27 (1), s. 70-77.
- Skjøtskift, S. (1998) Diagnosen Avhengighet – til å bli klok av? *Rus & avhengighet*, 1, s. 26-29.
- Skretting, A. (2005) Fra klient til pasient. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift*, 22(2), s. 125-140.
- Sosial- og helsedepartementet. (1997). *Narkotikapolitikken*. St.meld. nr 16 (1996-97). Oslo, Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedepartementet. (2003) *Forskning på rusmiddelfeltet*. NOU 2003:4. Oslo, Statens forvaltningstjeneste.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004a) *Fakta om narkotiske stoffer*. Oslo, Avd. Rusmidler.

- Sosial- og helsedirektoratet. (2004b) *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten til rusmiddelmisbrukere*. Oslo, Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-0050_Nasjonal_stra_1008a.pdf [Nedlastet 20.april 2008].
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007) *Tidlig intervensjon på rusområdet. Sentrale Perspektiver - Aktuelle målgrupper og arenaer*. Oslo, Avd. Rusmidler. Rapport 06/2007. [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.nnk-rus.no/UserFiles/File/IS-1455.pdf> [Nedlastet 03.februar 2008] lov 2.juli 1999 nr.61.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999) *Lov om spesialisthelsetjenestelov m.v. av 2.juli 1999 nr.61*.
- Stein, J.B. (2003) Attitudes Of Sosial Work Students About Substance Abuse: Can A Brief Education Program Make a Different. *Journal of Sosial Work Practice in the Addictions*, 3(1), s. 77-90.
- Sundin, G. (2000) *Stoffmisbrukere må ha særomsorg* [Internett], Oslo, Den norske Legeforening. Tilgjengelig fra: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=227896 [Nedlastet 24. februar 2007].
- Tate, D.G., Forchheimer, M.B., Krause, J.S., Meade, M.A. & Bombardier, C.H. (2004) Patterns of alcohol and substance use and abuse in persons with spinal cord injury: risk factors and correlates. *Arch Pys Med Rehabil*, 85 (11), s. 1837-1847.
- Tingstein, K. (2008) Gratis heroin et feilspor. *Dagavisen*, 3.april 2008 [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.dagsavisen.no/meninger/article342000.ece> [Nedlastet 3.april 2008].
- Todd, F. C., Sellman, J. D. & Robertson, P. J. (2002) Barriers to optimal care for patients with coexisting substance use and mental health disorders i Australian and New Zealand. *Journal of Psychiatry*, 36, s.792-799.
- Toleranse (2008) *Wikipedia* [Internett] Tilgjengelig fra: <http://no.wikipedia.org/wiki/Toleranse> [Nedlastet 18.mai 2008].
- Thorsrud, A.M. (2000) Kampen om løsgjengerloven. *Rus &avhengighet*, 4, s. 22-27.
- Tyristikka (nr. 2 2004) *Bolten* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://tyristikka.tyrili.no/Til%20web/Stifinneren.pdf> [Nedlastet 18.mars 2006].
- Veach, T.L. & Chappel, J.N. (1990) Physician attitudes in chemical dependency: The effects of personal experience and recovery. *Substance Abuse*, 11 (2), s. 97-101.
- Valtonen, K. (2006) *Medical problems associated with spinal cord lesions-impact on functioning*. Akademisk avhandling, Göteborgs universitet.

- Vasshus, M. (2003) I rusens kjølvann. *Apropos rus*, 1, s.7.
- Vaaland, T.Ø. (2007) *Brev til en minister. Historier om psykisk helse og rus skrevet til Ansgar Gabrielsen*. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Moseng, B.U. (2005) *Skeive dager 2003- en rusundersøkelse*. Oslo, Norsk institutt for forskning om oppvekst., velferd og aldring. NOVA Rapport 3/ 05.
- Walsh, I. (1989) *Attitudes Among Nurses Towards Substance Abuse*. UMI, Ann Arbor, MI.
- Welle-Strand, G. (1998) Dårligere helse blant stoffmisbrukere. *Rus & Avhengighet*, 2, s. 22-23.
- World Health Organization. (uten årstall) *Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization* [Internett]. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/index.html [Nedlastet 10.april 2008].
- Wormes, E. & Skutle, A. (1999) Er tidligere intervensjonstiltak for kvinner virksomme?. *Rus & Avhengighet*, 1, s. 33-36.
- Wyer & Albarracin (2005) Belief formation, organization, and change: Cognitive and motivational influences. I: Albarracin, D., Johnson, B.T. & Zanna, M.P. red., *The handbook of attitudes*. Mahwah NJ, Erlbaum, (s. 273-322).
- Waal, Helge. (2005) *Avhengighet* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.forebygging.no/cwobjekter/studie5.pdf> [Nedlastet 28.desember 2007].
- Øiern, T.(2005) Debatter språkbruken!. *Rus & Avhengighet*, 1, s. 11-13.
- Aalto, M., Pekuri, P. & Seppa, K. (2001) Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers. *Addiction*, 96, s. 305-311.
- Aarø, L. E., Laberg, J. C. & Wold, B. (1995) Health behaviors among adolescents: toward a hypothesis of two dimensions. *Health Education Research*, 10, s. 83-93.

VEDLEGG 1

REGIONAL KOMITE FOR MEDISINSK FORSKNINGSETIKK

Øst-Norge (REK I)

Lege Ingeborg Lidal
Sunnaas sykehus HF
Øvre Movei 49
1450 Nesoddtangen

Deres ref.:

Vår ref.: 313-06134

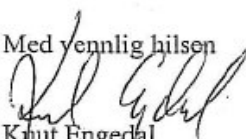
Dato: 29. mai 2006

Helsearbeideres holdninger til rusmidler og pasienter med rusmiddelavhengighet

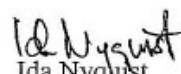
Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Øst-Norge, behandlet saken på sitt møte 22.05.06.

Prosjektet er en kartlegging i form av en ren spørreskjemaundersøkelse av helsearbeideres holdninger til rusmidler og pasienter med rusmiddelavhengighet. Komiteen oppfatter ikke en slik holdningsundersøkelse blant ansatte som et prosjekt som omfattes av komiteens mandat om fremleggelsesplikt. Den vil likevel uttale at den mener at dette er et prisverdig tiltak, og har ingen innvendinger mot at prosjektet blir gjennomført.

Med vennlig hilsen



Knut Engedal
professor dr.med.
leder



Ida Nyquist
sekretær

Kopi: Mastergradsstudent Waleesamarn Chorkrathin, Sunnaas sykehus HF,
1450 Nesoddtangen

VEDLEGG 2

Sendt: 26.06.2006 15:27
 Fra: Grimnes Helge
 Til: wal-chor@online.no
 Kopi: Heidi.Thorstensen@ulleval.no
 Emne: SV: SV:

Hei

Beklager at jeg går litt frem og tilbake i mine vurderinger her, men utfra det du skriver kan dette betraktes som anonymt.

Med andre ord er ikke dette meldepliktig. Har konferert med Heidi Thorstensen om dette også siden jeg har vært noe i tvil etter at jeg snakket med deg.

At studien ikke er meldepliktig betyr at du kan bearbeide dataene på det IT-utstyret som er mest hensiktsmessig.

Av praktiske hensyn til datasikkerhet (backup, virus etc.) anbefaler jeg likevel at forskningsdataene oppbevares i Sunnaas sitt nett (så kan du evt. trekke ut kopier som du kan bearbeide på din private PC, eller annet utstyr).

Dersom du har flere spørsmål, så ta gjerne kontakt.

Vennlig hilsen
 Helge Grimnes
 Rådgiver

Kompetansesenter for personvern
 Ullevål universitetssykehus HF

Mobil: 40 21 00 35
 Kontor: 23 01 50 52
 Fax: 22 11 96 44

www.uus.no/personvern
 Praktisk veileder til personvern
 i medisinsk forskning

IKKE SENSITIVT INNHOLD

-----Opprinnelig melding-----

Fra: WALEESAMARN CHORKRATHIN [mailto:wal-chor@online.no]

Sendt: 26. juni 2006 13:43

Til: Grimnes Helge

Emne: SV: SV:

Hei

Yrker til våre informanter vil være følgende; lege, sykepleier, hjelpepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, psykolog, sosionom og pedagog. Det er de representative yrkene på klinisk nivå på RMM avdeling. Vi har kanskje for få, dvs. mindre enn 4-5 av psykologer, sosionomer og pedagoger. Ettersom du har pekt på dette, har jeg derfor tenkt å endre på svaralternativene til det spørsmålet om yrke. Jeg henviser derfor til spørreskjemaet, se vedlegg, som jeg har forandret litt på. Jeg har markert de endringene med farge grønn, og de spørsmålene som kan slettet med gul.

Min veileder kommer ikke tilbake før 29.06.06, og Marianne Holth som er ass.

avdelingsleder ved forskningsavdeling, er nå på ferien og skal være tilbake ca. på onsdag.

Jeg har også tatt kontakt med IT avdeling, som sa at jeg kunne bruke datamaskin med tilgang til SPSS+ som var på sunnaas. Hun jeg snakket med lurte på om det ikke ville være bedre for meg å opprette et hjemmekontor knyttet opp mot sunnaas+datanett. Og dette må jeg først snakke med Marianne Holth når hun kommer tilbake.

Tusen takk for tilbakemelding og hjelp.

MVH

Waleesamarn Chorkrathin

> From: Grimnes Helge [Helge.Grimnes@ulleval.no]
 > Sent: 2006-06-26 11:46:08 CEST
 > To: WALEESAMARN CHORKRATHIN [wal-chor@online.no]

> Subject: SV:
 >
 > Hei
 >
 > Etter å ha snakket med deg på telefon i dag og sett på meldeskjemaet, så har jeg
 vurdert på nytt om dette kan sies å være anonymt eller ikke. Det avgjørende her har vært
 at dere skal rekruttere så mange som 100 - 130 ansatte.
 > Antallet bidrar til å anonymisere dataene.
 >
 > Mitt eneste spørsmål går på skjemaet der dere spør den ansatte om hvilket yrke
 vedkommende har.
 > Vil det være stillinger ved Sunnaas som det bare finnes 3-4 personer som innehar
 (bortsett fra "adm. dir")?

> Vennlig hilsen
 > Helge Grimnes
 > Rådgiver
 >
 > Kompetansesenter for personvern
 > Ullevål universitetssykehus HF
 >
 > Mobil: 40 21 00 35
 > Kontor: 23 01 50 52
 > Fax: 22 11 96 44
 >
 > www.uus.no/personvern
 > Praktisk veileder til personvern
 > i medisinsk forskning
 > _____
 >
 > IKKE SENSITIVT INNHOLD
 > -----Opprinnelig melding-----
 > Fra: WALEESAMARN CHORKRATHIN [mailto:wal-chor@online.no]
 > Sendt: 15. juni 2006 21:40
 > Til: Grimnes Helge
 > Emne:
 > God dag..
 > Mitt navn er Waleesamarn Chorkrathin, sykepleier på Sunnaas Sykehus HF og tar nå
 masterstudie i helsefagvitenskap ved UIO.
 > Jeg har tidligere vært i kontakt med personvernombud Heidi og har fått tilbakemelding
 om å ta kontakt med deg. Heidi har bedt meg om å tenke gjennom 2 spørsmål og disse
 skal jeg forsøke å svare slik.
 > 1) hvilke type opplysninger som skal registreres Henviser til spørreskjemaet- se vedlegg.
 >
 > 2) om registreringene vil gjøres slik at råmateriale/databaser knytter den enkelte som
 svarer til vedkommendes svar.
 > Nei og henviser til informasjonsskrive- se vedlegg.
 > Vi har tenkt å sende spørreskjemaet til alle som er i inklusjonskriteriet, og dette gjelder
 også om vi må sende et nytt skjema til purringer. Datainnsamling og purring skal mao. skje
 med anonyme svar. I informasjonsbrevet skal det understrekes at all deltagelse er frivillig
 og at anonymitet og konfidensialitet best mulig blir ivarettatt. Selv om vi kan få navn og
 adresse fra personaletskontor på Sunnaas Sykehus HF, vil spørreskjemaet ikke inneholde
 navn eller annen id+merking som kan spores tilbake til informantene. Siden det er ulike
 yrkegrupper som er involvert i denne studien, vil framstillingen av grupper likevel bli slått
 sammen der det er få ansatte i avdelingen slik at ingen kan gjenkjennes.
 > Jeg legger også ved det skjemaet som var levert REK.
 > MVH
 > Waleesamarn Chorkrathin

VEDLEGG 3

Dato: 27.04.2006

Deres ref:

Vår ref (saksnr):

Saksbeh:

Arkivkode:

Godkjenning av prosjekt og intervju av ansatte på Avdeling for ryggmargsskader og multitraumer .

Det bekreftes herved at Sykepleier/mastergradstudent Waleesamarn Chorkrathin har godkjenning for å intervju ansatte på avdeling RMM til mastergradprosjekt

"En studie av helsearbeiders holdning til rusmisbrukere"

Med vennlig hilsen

Kirsti Loe
Kirsti Loe

Avdelingsleder

Avdeling for ryggmargsskader og multitraumer.

27.04.06

SUNNAAS SYKEHUS HF

Kirsti Jangaard Loe

avd.sjef

avd. for ryggmargsskader

VEDLEGG 4

1. utsending

Dato:

Informasjonsbrev om prosjektet
” En studie av helsearbeideres holdning til rusmisbrukere”:

En undersøkelse som skal kartlegge helsearbeideres holdninger i forhold til rus og særlig i møter med pasienter med rusmisbruk.

Intensjonen med studien er å sette fokus på den utfordring det er å møte pasienten med rusmisbruk for på denne måten å bevisstgjøre og skape et engasjement i det helsefaglige miljø. Økt kunnskap om temaet er viktig, og data fra studien kan danne grunnlaget for videre forskning og kunnskapsutvikling. Resultatene vil være en del av informasjonen som inngår i kvalitetsutviklings-arbeidet for helsetjenestene overfor rusmisbrukere.

Forespørsel om deltakelse vil bli sendt til alle ansatte i klinikken ved Sunnaas sykehus HF Avdeling for ryggmargsskader og multitraume.

Hva innebærer deltagelse i prosjektet:

1. Besvarelse av vedlagte spørreskjema - og retur i vedlagte svarkonvolutt pr post eller pr intern-post i sykehuset.
2. Da spørreskjemaet er anonymt, og verken spørreskjema eller svarkonvolutt kan spores tilbake til avsender, *vil alle motta en purring* pr post omtrent 2 uker etter første forsendelse.

Vi ber om forståelse for dette, og håper det ikke medfører ulempe.

Det er *frivillig* å delta, og du kan trekke deg fra undersøkelsen på ethvert tidspunkt – uten nærmere begrunnelse.

Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt. Ved publisering/offentliggjøring av resultatene vil det ikke være mulig å identifisere enkeltpersoner.

Undersøkelsen er en del av Mastergrad i helsefagvitenskap.

På forhånd - Tusen takk!

Med vennlig hilsen,

Ingeborg Lidal
Veileder i prosjektet
Forskningsavdelingen
Sunnaas sykehus HF

Waleesamarn Chorkrathin
Sykepleier/ mastergradstudent
RMM-Sunnaas sykehus HF

Dato: 11.12.06

2. utsending\purring

“En studie av helsearbeideres holdning til rusmisbrukere”

Hei !

Dersom du ikke har hatt anledning til å svare på spørreskjemaet, er din deltakelse fortsatt viktig.

Som nevnt i det første infobrevet vi håper du mottok, skulle det sendes en purring pr post cirka 2 uker etter første forsendelse. Vi ber om forståelse for dette, og håper det ikke medfører ulempe. Dersom du har svart tidligere, kan du se bort fra denne henvendelsen!

Det er *frivillig* å delta, og du kan la være å delta / trekke deg fra undersøkelsen på ethvert tidspunkt – uten nærmere begrunnelse. Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt. Ved publisering/offentliggjøring av resultatene vil det ikke være mulig å identifisere enkeltpersoner.

Undersøkelsen skal være anonym. Likevel ser vi at det *med rette har vært påpekt at spørreskjemaet ikke er fullstendig anonymt i alle tilfeller*. Vi oppfordrer deg til å svare så langt du ønsker, men at du selvfølgelig kan velge å la enkelte spørsmål (en eller flere) stå åpne.

Du kan levere besvarelsen i vedlagt konvolutt, via post eller intern-post fram til jul.

Brevet som tidligere ble sendt, er lagt ved her.

På forhånd - Tusen takk!

Med vennlig hilsen.

Ingeborg Lidal
Veileder i prosjektet
Forskningsavdelingen
Sunnaas sykehus HF

Waleesamarn Chorkrathin
Sykepleier/ mastergradstudent
RMM-Sunnaas sykehus HF

VEDLEGG 5

Helsearbeideres holdninger til rusmidler og pasienter med rusmiddelavhengighet - en kartleggingsundersøkelse

Formålet med denne studien er å kartlegge den generelle *holdning* til rusmidler, rusmiddelavhengighet og til pasienter med rusmiddelavhengighet blant helsearbeidere i en rehabiliteringsavdeling.

Viser til vedlagte informasjonsbrev

A: Bakgrunnsspørsmål vær vennlig sett ett sett ett kryss X på hvert spørsmål , evt fyll inn

1. **Kjønn** Mann ☐ Kvinne ☐
2. **Alder (År)** ☐ 20-30 ☐ 31-40 ☐ 41-50 ☐ 51-60 ☐ 61-70
3. **Har du et skandinavisk språk som morsmål?** ☐ Ja ☐ Nei
4. **Har du barn?** ☐ Ja ☐ Nei
5. **Utdannelse:**
☐ Universitetsutdannelse (eller høyere) ☐ Høyskoleutdannelse
☐ Fagutdannelse ☐ Ufaglært ☐ Annet (noter).....
6. **Yrke:**
☐ Fysio- eller Ergoterapeut ☐ Sykepleiepersonalet
☐ Andre (Lege, Psykolog, Sosionom, Spesialpedagog)
7. **Stillingsprosent (ved Sunnaas sykehus HF)**
☐ 50-70% ☐ 71-80% ☐ 81-90% ☐ 91-100% (evt. annen %)
8. **Hvor lenger har du hatt dette yrket?** Cirka Antall år (evt.mndr)
9. **Har du en spesialist kompetanse i ditt yrke?** ☐ Ja ☐ Nei
10. **Har du hatt noen kurs om rus og rusmisbruk etter at du er blitt en yrkesutøver?**
☐ Ja ☐ Nei
11. **Hvor lenge har du jobbet i Sunnaas Sykehus HF?** Cirka Antall år (evt.mndr)
12. **Hadde du jobberfaring med rusmisbrukere før du begynte på Sunnaas Sykehus HF?**
☐ Ja ☐ Nei
13. **Har du nåværende erfaring med rusmisbruk og rusmisbrukere på SunHF?**
☐ Ja ☐ Nei

Ansvardig for undersøkelsen: Telefon: 66969000 / 66969156
Waleesamann Chorkrathin Telefaks:
Ingeborg Lidal

E-post:
Wal-chor@online.no
ingeborg.lidal@sunnaas.no

B: Evaluering av kompetanse (sett ett kryss X på hvert spørsmål)

14. Hvordan vil du evaluere din erfaring/ faglige bakgrunn innen behandling av

A: pasienter med kun alkoholmisbruk?

☐ svært god ☐ meget god ☐ god ☐ nokså god ☐ dårlig

B: pasienter med (eller også) andre rusmisbruk?

☐ svært god ☐ meget god ☐ god ☐ nokså god ☐ dårlig

15. I hvor stor grad mener du din erfaring og faglige bakgrunn gjør det mulig for deg å forstå de spesielle behovene for

A: pasienter med kun alkoholmisbruk?

☐ i svært stor grad ☐ i stor grad ☐ i middels grad
☐ i under middels grad ☐ i liten grad

B: pasienter med (eller også) andre rusmisbruk?

☐ i svært stor grad ☐ i stor grad ☐ i middels grad
☐ i under middels grad ☐ i liten grad

16. Noen mener behandling av rusmisbruk bør skje før rehabilitering på Sunnaas Sykehus HF (ifht. ryggmargsskade, multitrauma, hodeskade, ol.). Andre mener rehabilitering på Sunnaas (ifht. ryggmargsskade, multitrauma, hodeskade, ol.) bør komme først. Hva mener du?

- ☐ Rusproblemer bør alltid behandles først
☐ Rusproblemer bør normalt behandles først
☐ Behandling for Rusmisbruk og Rehabilitering ved Sunnaas bør skje samtidig
☐ Rehabilitering ved Sunnaas bør normalt skje først
☐ Rehabilitering ved Sunnaas bør alltid skje først

17. Kjenskap til individuell plan som redskap i rehabilitering av pasienter med rusproblem


☐ svært godt ☐ godt ☐ nokså godt ☐ lite ☐ ingen

18. Hvor fornøyd er du med behandlingen (i din avdeling) dine pasienter med rusmisbruk får?

☐ svært godt fornøyd ☐ meget godt fornøyd ☐ godt fornøyd
☐ nokså godt fornøyd ☐ lite fornøyd

C: Holdning til rusmiddel og rusmiddelmisbruk

Vær vennlig å krysse av (X) det du synes er mest riktig for deg i forhold til din oppfatning av hvert utsagn som vises i instruksjon nedenfor.

Helt Uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig
	2	3	4	5

Del 1:

Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig	
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	1.1 Cannabis (dvs hasj og marihuana) bør legaliseres.
1	2	3	4	5	1.2 Bruk av cannabis blant tenåringer kan være normal og sunn eksperimentering.
1	2	3	4	5	1.3 Personlig /eget bruk av alle rusmidler bør være legalisert når det skjer i private hjem.
1	2	3	4	5	1.4 Daglig røyking av en enkelt cannabissigarett er ikke nødvendigvis skadelig.
1	2	3	4	5	1.5 Tobakksrøyking bør være tillatt i videregående skoler.
1	2	3	4	5	1.6 Det kan være normalt for en tenåring å eksperimentere med ulike rusmidler.
1	2	3	4	5	1.7 Personer som er dømt for salg av ulovlige rusmidler bør ikke få mulighet til prøveslåtelse.
1	2	3	4	5	1.8 Livsvarig avhold er et nødvendig mål i behandling av alkoholisme.
1	2	3	4	5	1.9 Når en pasient blir rusfri via rehabilitering kan han/hun aldri igjen praktisere sosial bruk av rusmidler
1	2	3	4	5	1.10 Foreldre bør lære sine barn om det å bruke alkohol.

Del 2:

Helt uenig Uenig Nøytral Enig Helt enig

1 2 3 4 5

1	2	3	4	5	<i>2.1 Leger som tidlig gir diagnosen alkoholisme øker sjansen for vellykket behandling.</i>
1	2	3	4	5	<i>2.2 Deltagelse fra familien er en veldig viktig del av behandlingen for alkoholisme eller annen type rusavhengighet.</i>
1	2	3	4	5	<i>2.3 Den beste måten en lege kan hjelpe alkoholikere og andre rusavhengige pasienter på, er ved å henvise dem til et godt rehabiliteringsprogram.</i>
1	2	3	4	5	<i>2.4 Gruppeterapi er en viktig del av rehabiliteringen for alkoholisme og annen type rusavhengighet.</i>
1	2	3	4	5	<i>2.5 Test med urinprøver kan være en viktig del av behandlingen for noen typer rusmisbruk.</i>
1	2	3	4	5	<i>2.6 Langvarig behandling utenfor institusjon er nødvendig for rehabilitering av alle typer rusavhengighet.</i>
1	2	3	4	5	<i>2.7 Når en alkoholiker eller en pasient med annen type rusavhengighet har sluttet fullstendig med rus- og alkohol og heller ikke trenger medisin for dette, så er en videre kontakt med lege unødvendig.</i>
1	2	3	4	5	<i>2.8 Alternative behandlere (f.eks: Kiropraktikk, Homøopati, Akupunktur, Kinesologi, Fotsoneterapi m.fl) kan gi effektiv behandling av alkoholikere og andre rusmisbrukere.</i>

Del 3:

Helt uenig Uenig Nøytral Enig Helt enig

1 2 3 4 5

1	2	3	4	5	<i>3.1 Mennesker som bruker cannabis mangler stort sett respekt for autoritet(er).</i>
1	2	3	4	5	<i>3.2 Røyking fører til bruk av cannabis som videre fører til bruk av tyngre rusmidler</i>
1	2	3	4	5	<i>3.3 De som er velstelte og pent kledd er sannsynligvis ikke rusmisbrukere</i>
1	2	3	4	5	<i>3.4 De som kler seg i hippilignende klær bruker sannsynligvis rusmidler</i>
1	2	3	4	5	<i>3.5 Bruk av cannabis fører til psykiske problemer</i>

1	2	3	4	5	3.6 Heroin er såpass vanedannende, at ingen kan fullstendig rehabiliteres etter de er blitt avhengige
1	2	3	4	5	3.7 All bruk av heroin fører til avhengighet
1	2	3	4	5	3.8 Helgebruk av narkotika vil videreutvikle seg til narkotikamisbruk
1	2	3	4	5	3.9 Et sykehus er det beste stedet for rehabilitering av en alkoholiker eller personer med annen type rusavhengighet
1	2	3	4	5	3.10 Å nyte rusmiddel for å koble av i ny og ne, fører til rusmisbruk

Del 4:

Helt uenig Uenig Nøytral Enig Helt enig

1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	4.1 Rusavhengighet er en sykdom som kan behandles
1	2	3	4	5	4.2 Alkoholisme er en sykdom som kan behandles
1	2	3	4	5	4.3 En alkoholiker eller person med annen type rusavhengighet som har hatt tilbakefall flere ganger kan sannsynligvis ikke få vellykket behandling
1	2	3	4	5	4.4 De fleste alkoholikere og andre rusavhengige pasienter er plagsomme pasienter å arbeide med
1	2	3	4	5	4.5 En alkohol- eller rusavhengig person kan ikke hjelpes før han eller hun har vært fullstendig og veldig langt nede

Del 5:

Helt uenig Uenig Nøytral Enig Helt enig

1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	5.1 En lege som har vært narkotikaavhengig bør ikke tillates å praktisere medisin igjen
1	2	3	4	5	5.2 Prester bør ikke drikke alkohol offentlig
1	2	3	4	5	5.3 Gateforhandlere av rusmidler er den første kilden til rusmidler for unge mennesker

1	2	3	4	5	5.4 Alkohol er såpass farlig at den kan ødelegge landets ungdom hvis den ikke kontrolleres av loven
1	2	3	4	5	5.5 Sterk konfrontasjon er nødvendig for behandling av alkoholikere og andre rusmisbrukere
1	2	3	4	5	5.6 Kroniske alkoholikere som nekter behandling bør bli lovbestemt henvist til langvarig rehabilitering
1	2	3	4	5	5.7 Alkoholikere og andre rusmisbrukere bør kun behandles av spesialister i faget
1	2	3	4	5	5.8 Alkoholisme assosieres med en svak vilje
1	2	3	4	5	5.9 Bruk av tunge rusmidler fører til lavere levealder
1	2	3	4	5	5.10 Lovene som regulerer bruk av cannabis og heroin bør være de samme

Din tilbakemelding om denne undersøkelsen og / eller spørsmål:

.....

.....

.....

.....

Tusen takk for hjelpen

VEDLEGG 6

Substance Abuse Attitudes T-Score Conversion Table

Raw Scores	T-Scores				
	Permiss	N Stypes	Tx Int	Tx Opt	N Mor
13	--	--	--	--	--
14	21	--	--	20	--
15	23	--	--	24	--
16	24	--	--	28	--
17	26	--	--	33	--
18	27	--	--	37	--
19	29	--	--	41	21
20	31	--	--	46	23
21	33	20	--	50	25
22	34	22	--	55	27
23	36	23	--	59	29
24	38	25	22	63	31
25	40	27	25	68	33
26	41	29	28	--	35
27	43	31	31	--	37
28	45	33	35	--	39
29	47	35	38	--	41
30	48	37	41	--	43
31	50	39	44	--	45
32	52	40	47	--	47
33	53	42	50	--	50
34	55	44	54	--	52
35	57	46	57	--	54
36	59	48	60	--	56
37	60	50	63	--	58
38	62	52	66	--	60
39	64	53	69	--	62
40	65	55	73	--	64
41	67	57	--	--	66
42	69	59	--	--	68
43	71	61	--	--	70
44	72	63	--	--	72
45	74	65	--	--	74
46	76	66	--	--	--
47	78	68	--	--	--
48	79	70	--	--	--
49	--	72	--	--	--
50	--	74	--	--	--
51	--	--	--	--	--
52	--	--	--	--	--
53	--	--	--	--	--
54	--	--	--	--	--